

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

**VALOR DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE
LA GESTANTE DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL AL PARTO
DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**

TRABAJO ACADÉMICO

Presentado por:

Lic. Obst. Elida Yuliana Valdivia Rivera de Alarcón

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

TACNA – PERÚ

2026

UNIVERSIDAD NACIONAL JORGE BASADRE GROHMANN

Facultad de Ciencias de la Salud

Unidad de Segunda Especialidad Profesional de Obstetricia

VALOR DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA ATENCIÓN
INTEGRAL DE LA GESTANTE DEL DIAGNÓSTICO
PRENATAL AL PARTO DURANTE LA
PANDEMIA COVID-19

TRABAJO ACADÉMICO

Presentada por:

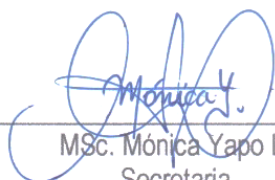
Lic. Obst. Elida Yuliana Valdivia Rivera de Alarcón

Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en:
Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica

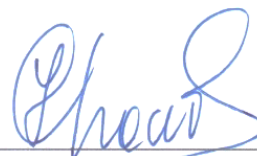
Aprobada por **mayoría** ante el siguiente jurado:



Mg. Maria Yamile Salazar Anco
Presidenta



MSc. Mónica Yapo Laura
Secretaria



Mg. Yolanda Ana Phocco Pari
Vocal



Mg. Yolanda Ana Phocco Pari
Asesora



CERTIFICADO DE SIMILITUD

Yo, **Mg. Yolanda Ana Phocco Pari**, en mi condición de asesora acreditada con Resolución de Facultad N° 437-2025-SEP/FACS-UNJBG, del 14 de agosto de 2025, del Trabajo Académico titulado: **VALOR DE LA ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA EN LA ATENCIÓN INTEGRAL DE LA GESTANTE DEL DIAGNÓSTICO PRENATAL AL PARTO DURANTE LA PANDEMIA COVID-19**, presentado por la Lic. Obst. Elida Yuliana Valdivia Rivera de Alarcón. Para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica.

Habiendo cumplido con lo establecido en el reglamento de originalidad y similitud de trabajos de investigación y producción intelectual de la UNJBG; considerando que según la revisión, evaluación y análisis realizado a través del software de similitud textual TURNITIN, cuenta con el nivel de similitud permitido cuyo porcentaje es 4 %. Por lo que CERTIFICO LA SIMILARIDAD del Trabajo Académico enunciado líneas arriba, la cual está expedita para continuar con los trámites para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Monitoreo Fetal y Ecografía Obstétrica, según corresponda para su publicación en el Repositorio Institucional.

Tacna, 19 de mayo de 2026.

FIRMA ASESORA
Nombres y Apellidos: Yolanda Ana Phocco Pari
DNI: 00498229



Huella dactilar

FIRMA AUTORA
Nombres y Apellidos: Elida Yuliana Valdivia Rivera de Alarcón



Huella dactilar

DEDICATORIA

A mis hijos, por ser mi mayor inspiración, por cada sonrisa que me impulsó a seguir y por recordarme cada día el verdadero sentido del amor y la perseverancia. Ustedes son mi motor y mi más grande orgullo.

A mi esposo por su amor incondicional, su paciencia infinita y su apoyo constante en cada etapa de este camino. Gracias por creer en mí incluso cuando yo dudaba. Este logro también es tuyo.

A mis padres, por enseñarme el valor del esfuerzo, la honestidad y la dedicación. Gracias por ser mi ejemplo y por haberme brindado siempre las herramientas para soñar y alcanzar mis metas. Su amor y sacrificio han sido la base de todo lo que soy.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a DIOS, fuente de sabiduría y fortaleza, por guiarme en cada paso de este camino y culminar con éxito mi trabajo de Investigación.

Mi más sincero agradecimiento a mi asesora, Mg. Yolanda Phocco Parí, por su valiosa orientación, paciencia y dedicación durante todo el proceso de investigación. Su experiencia y compromiso académico fueron fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

Extiendo mi gratitud a la Universidad Nacional Jorge Basadre Grohmann, por brindarme la oportunidad de formarme profesionalmente y por ser el espacio donde adquirí los conocimientos que hoy hacen posible este logro

ÍNDICE

DEDICATORIA	iv
AGRADECIMIENTO	v
CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS	viii
RESUMEN	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.1. Descripción del problema	4
1.2. Formulación del problema	9
1.3. Justificación e importancia	9
1.4. Objetivos	11
1.4.1. Objetivo general	11
1.4.2. Objetivos específicos	11
CAPÍTULO II: MARCO CONCEPTUAL	13
2.1. Ecografía obstétrica	13
2.1.1. Las Bases biofísicas y principios de seguridad de la ecografía obstétrica	14
2.1.2. Seguridad de la ecografía en el embarazo	16
2.1.3. Técnica de la ecografía obstétrica	17
2.2. Ecografía obstétrica por trimestres	20
2.2.1. Ecografía del primer trimestre	20
2.2.2. Ecografía del segundo trimestre	22
2.2.3. Ecografía del tercer trimestre	22
2.2.4. Valor de la ecografía a lo largo del embarazo	23
2.2.5. Precisión de la data gestacional	24
2.2.6. Sensibilidad en la detección de malformaciones mayores	25
2.2.7. Exactitud en la estimación ecográfica del peso fetal	25
2.3. Doppler obstétrico y evaluación hemodinámica fetal	26
2.3.1. Doppler de arterias uterinas	26
2.3.2. Doppler de arteria umbilical	26
2.3.3. Doppler de arteria cerebral media	27
2.3.4. Relación cerebro placentaria	27
2.3.5. Impacto clínico del Doppler en la toma de decisiones	27
2.4. Atención pre natal y control pre natal reenfocado	28
2.4.1. Atención pre natal durante la pandemia	31
2.4.2. Impacto de la pandemia COVID en la salud materno perinatal	31
2.4.3. Atención pre natal durante la pandemia COVID-19 según la norma técnica de salud N° 105- MINSA	32

2.5. Recomendaciones ISUOG y protocolos COVID-19 para ecografía obstétrica	35
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	40
3.1. Historia clínica	40
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	81
RECOMENDACIONES	83
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
ANEXOS	87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	EXAMEN COMPLETO DE ORINA.....	57
Tabla 2	HEMATOLOGÍA.....	57
Tabla 3	EXAMEN DE GLUCOSA.....	58
Tabla 4	HEMATOLOGÍA.....	58
Tabla 5	HEMATOLOGÍA POST-PARTO.....	58

RESUMEN

Objetivo: Determinar el valor de la ecografía obstétrica en la atención integral de la gestante desde el diagnóstico prenatal hasta el parto durante la pandemia COVID-19. **Metodología:** Se desarrolló un estudio de caso clínico, de enfoque descriptivo y analítico, realizado en el distrito de La Punta, Arequipa. Se analizó la frecuencia, tipo y oportunidad de las ecografías obstétricas realizadas durante el embarazo, así como los principales hallazgos ecográficos y su relación con los resultados perinatales. El análisis se sustentó en la comparación con recomendaciones internacionales y normativas nacionales vigentes durante la pandemia. **Resultados:** La gestante recibió cuatro ecografías obstétricas consideradas clínicamente prioritarias. Los principales hallazgos ecográficos evidenciaron un crecimiento fetal acorde con la edad gestacional y una adecuada estimación del ponderado fetal en el tercer trimestre, con mínima diferencia respecto al peso real del recién nacido. La realización oportuna de las ecografías permitió un seguimiento prenatal eficaz y se asoció con resultados perinatales favorables, pese a las limitaciones impuestas por la emergencia sanitaria. **Conclusiones:** La ecografía obstétrica demostró ser una herramienta esencial en la atención integral de la gestante durante la pandemia COVID-19, no solo por su valor diagnóstico, sino también como instrumento estratégico para la vigilancia prenatal, la planificación del parto y la obtención de resultados perinatales favorables en un contexto de control prenatal reenfocado.

Palabras clave: Ecografía obstétrica; control prenatal; pandemia COVID-19; atención integral; resultados perinatales.

ABSTRACT

Objective: To determine the value of obstetric ultrasound in the comprehensive care of pregnant women from prenatal diagnosis to delivery during the COVID-19 pandemic. **Methodology:** A descriptive and analytical case study was conducted in La Punta district, Arequipa. The frequency, type, and timing of obstetric ultrasounds performed during pregnancy were analyzed, as well as the main ultrasound findings and their relationship with perinatal outcomes. The analysis was supported by international recommendations and national guidelines issued during the pandemic. **Results:** The pregnant woman underwent four obstetric ultrasounds considered clinically essential. The main ultrasound findings showed fetal growth consistent with gestational age and an accurate third-trimester estimated fetal weight, with minimal difference compared to the newborn's actual birth weight. Timely ultrasound assessments allowed effective prenatal follow-up and were associated with favorable perinatal outcomes despite the limitations imposed by the health emergency. **Conclusions:** Obstetric ultrasound proved to be an essential tool in the comprehensive care of pregnant women during the COVID-19 pandemic, not only for its diagnostic value but also as a strategic instrument for prenatal surveillance, delivery planning, and achieving favorable perinatal outcomes within a refocused prenatal care model.

Keywords: Obstetric ultrasound; prenatal care; COVID-19 pandemic; comprehensive care; perinatal outcomes.

INTRODUCCIÓN

La salud materna y perinatal constituye un eje prioritario de los sistemas de salud a nivel mundial, debido a su impacto directo en la supervivencia, el bienestar y la calidad de vida de las mujeres y los recién nacidos. La atención prenatal representa una estrategia fundamental para la prevención, detección temprana y manejo oportuno de complicaciones durante el embarazo, permitiendo reducir la morbilidad materna y neonatal y garantizar un parto seguro (1), (2). En este contexto, la ecografía obstétrica se ha consolidado como una herramienta diagnóstica esencial dentro del control prenatal moderno, al proporcionar información objetiva y precisa sobre el desarrollo fetal, la anatomía materna y la relación feto-placentaria (3).

En las últimas décadas, los modelos de atención prenatal han evolucionado desde enfoques centrados en el número de controles hacia propuestas más integrales y cualitativas, como el control prenatal reenfocado, el cual prioriza la identificación temprana de riesgos, la personalización del seguimiento y el uso racional de intervenciones de alto impacto clínico (4), (5). Dentro de este modelo, la ecografía obstétrica adquiere un rol estratégico, ya que permite sustentar la toma de decisiones clínicas basadas en evidencia, optimizando la continuidad del cuidado desde el diagnóstico prenatal hasta el parto (6).

La pandemia por COVID-19 representó un desafío sin precedentes para los sistemas de salud, afectando de manera significativa la provisión de servicios esenciales, incluida la atención prenatal. Las restricciones de movilidad, la reasignación de recursos sanitarios y el temor al contagio condicionaron una reducción en la cobertura de controles prenatales y en

el acceso a procedimientos diagnósticos, generando retrasos en el diagnóstico y seguimiento de las gestantes (7), (8). Diversos estudios internacionales evidenciaron disminuciones significativas en la utilización de servicios de salud materna durante los periodos más críticos de la pandemia, especialmente en países de ingresos bajos y medios (9).

En este escenario adverso, la ecografía obstétrica se mantuvo como uno de los procedimientos presenciales prioritarios, permitiendo sostener la vigilancia fetal y mitigar parcialmente los efectos negativos de la interrupción de los controles prenatales convencionales (10). La evidencia reciente señala que la continuidad de la ecografía obstétrica durante la pandemia contribuyó a la detección temprana de complicaciones materno-fetales y a la toma de decisiones oportunas para la culminación del embarazo, favoreciendo mejores resultados perinatales (11), (12).

A nivel regional y nacional, la pandemia de COVID-19 expuso brechas estructurales en la atención materna. En el Perú, se reportó un incremento significativo de la mortalidad materna durante los años 2020 y 2021, asociado tanto al impacto directo de la infección por SARS-CoV-2 como a la interrupción de los servicios de salud materna y prenatal (13), (14). Asimismo, se evidenció una reducción en la cobertura de controles prenatales y en el acceso a procedimientos diagnósticos, particularmente en regiones fuera de la capital, lo que incrementó el riesgo de complicaciones obstétricas no detectadas oportunamente (15).

En la región Arequipa, específicamente en el establecimiento de salud La Punta, la pandemia generó modificaciones en la organización de la atención prenatal y en la disponibilidad de ecografías obstétricas, lo que pudo afectar la continuidad del cuidado y la calidad de la atención brindada a las gestantes. Sin embargo, existe escasa evidencia sistematizada que

analice de manera integral el valor de la ecografía obstétrica dentro del control prenatal reenfocado durante este periodo, así como su contribución al diagnóstico oportuno, al manejo de complicaciones y a los resultados perinatales a nivel local (16).

Frente a esta realidad, el presente estudio tiene como finalidad analizar el valor de la ecografía obstétrica en la atención integral de la gestante desde el diagnóstico prenatal hasta el parto durante la pandemia COVID-19, en el establecimiento de salud La Punta – Arequipa. La investigación busca generar evidencia científica local que contribuya al fortalecimiento del control prenatal reenfocado, al uso racional de la ecografía obstétrica y a la mejora de la calidad de la atención materno-perinatal, con implicancias clínicas, académicas y sociales relevantes (17), (18).

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción del problema

La atención prenatal es un componente esencial de la salud reproductiva que busca asegurar la detección oportuna de condiciones de riesgo, la promoción de prácticas saludables y la preparación para un parto seguro. La evidencia sugiere que la cobertura y calidad del control prenatal están estrechamente relacionadas con mejores resultados perinatales y menor morbilidad materna y neonatal (16). En este contexto, la ecografía obstétrica ha emergido como una herramienta diagnóstica indispensable dentro del control prenatal, no solo para la datación gestacional y detección de malformaciones, sino también para la valoración del crecimiento fetal, la localización placentaria y la identificación de complicaciones como restricción del crecimiento intrauterino u oligohidramnios. La literatura reciente sostiene que la realización de al menos una ecografía apropiadamente programada puede mejorar la calidad de la atención y reducir eventos adversos (9).

A nivel internacional, la pandemia por COVID-19 generó un shock sin precedentes en los sistemas de salud, afectando profundamente la provisión de servicios esenciales, incluida la atención prenatal. Estudios multicéntricos en países de bajos y medianos ingresos reportaron disminuciones significativas en el uso de servicios maternos, incluidos los controles prenatales y las visitas iniciales, con reducciones de hasta 18–32% en primeras

consultas y nacimientos institucionales, lo que indica una vulnerabilidad global de la atención obstétrica frente a perturbaciones sanitarias (3).

Investigaciones globales sugieren que la disminución en la utilización de la atención antenatal fue de aproximadamente 38,6% en diversas regiones, con reducciones que variaron dependiendo del contexto socioeconómico (16).

Estas variaciones no fueron homogéneas, pero en líneas generales muestran que las restricciones de movilidad, el miedo al contagio y la reorientación de los servicios hacia la atención de COVID-19 incidieron en la menor asistencia a servicios prenatales convencionales, llevando a un aumento de partos en domicilios o retrasos en la atención médica (6). Aunque algunos entornos observaron resiliencia en la provisión de ecografías y otros servicios, la tendencia global inicial fue hacia una reducción general de la utilización de servicios esenciales de salud materna durante los períodos más críticos de la pandemia (2).

En América Latina, y específicamente en Perú, los efectos fueron igualmente preocupantes. Un análisis nacional mostró que, tras el inicio de la emergencia sanitaria, la utilización de servicios materno infantiles esenciales disminuyó significativamente en 2020, con caídas en la asistencia prenatal y otros servicios relacionados en comparación con los promedios previos a la pandemia (2018–2019) (14). A nivel sub-nacional, departamentos costeros como Arequipa, Tacna y Lima continuaron mostrando descenso en la utilización de servicios maternos incluso después de la fase crítica de la emergencia (7). Este patrón evidencia que la crisis sanitaria no solo afectó el acceso inmediato, sino que también

tuvo efectos residuales en la recuperación de la prestación de servicios post-pandemia.

Además, la pandemia revirtió logros previos en salud materna. Datos del Ministerio de Salud muestran que Perú experimentó un retroceso en tendencias históricas de mortalidad materna, con aumentos de 45,4% y 56% en la mortalidad materna en 2020 y 2021, respectivamente, comparado con 2019, convirtiendo a COVID-19 en una causa indirecta importante de mortalidad materna en el país (11). Este incremento refleja no solo el impacto directo de la infección por SARS-CoV-2 en gestantes, sino también las consecuencias de la interrupción de servicios, la fragmentación de la atención y la reasignación de recursos sanitarios ante la emergencia. En este contexto, mantener la continuidad y calidad del control prenatal, con herramientas diagnósticas como la ecografía obstétrica, se vuelve crítico para mitigar sus efectos negativos.

Regionalmente, la pandemia puso de manifiesto brechas estructurales en la atención obstétrica y prenatal. En entornos de recursos limitados, como muchas regiones del sur del Perú, incluidas zonas rurales y costeras similares a La Punta – Arequipa, la reducción en el uso de servicios y la disponibilidad restringida de ecografías obstétricas agravaron desigualdades preexistentes. Mujeres embarazadas enfrentaron mayores barreras de acceso y, en algunos casos, retrasos diagnósticos que incrementaron el riesgo de complicaciones perinatales. La situación local exige un análisis minucioso que considere no solo los efectos sanitarios, sino también las consecuencias sociales y profesionales de la interrupción de servicios.

Socialmente, la disminución en la cobertura de atención prenatal y ecografías obstétricas durante la pandemia tuvo efectos amplios. La reducción del acceso a servicios esenciales no solo incrementó la morbilidad y mortalidad, sino que también impactó en la confianza de las gestantes en el sistema de salud y en la equidad de acceso a la atención médica

Académicamente, la pandemia generó un campo fértil para la investigación en salud materna, aunque también expuso vacíos significativos. Pese a la evidencia global y nacional sobre la disminución de servicios maternos, existen pocos estudios que documenten de manera detallada cómo la ecografía obstétrica y su disponibilidad o ausencia afectó la atención integral de la gestante, desde el diagnóstico prenatal hasta el parto, especialmente en contextos regionales específicos como Arequipa

Profesionalmente, los sistemas de salud enfrentaron la necesidad de adaptar sus prácticas, incorporando estrategias como la atención híbrida (presencial y virtual) para garantizar la continuidad del cuidado prenatal (8). Sin embargo, la implementación de tales modelos requirió capacitación, reorganización y recursos que no siempre estuvieron disponibles de manera equitativa, exacerbando desafíos en zonas con menos infraestructura tecnológica o menor cobertura de internet, como muchas localidades de la región sur.

En el plano local, específicamente en Arequipa – La Punta, la problemática se intensifica debido a las características geográficas, demográficas y de acceso a servicios de salud. La interrupción de la atención prenatal rutinaria y de procedimientos diagnósticos como la ecografía obstétrica durante la pandemia pone en riesgo la detección temprana de complicaciones fetales o maternas,

comprometiendo la seguridad y los resultados perinatales. A pesar de que Perú experimentó cierto rebote en la utilización de servicios en 2021, los departamentos costeros como Arequipa continuaron mostrando niveles de atención por debajo de la pre-pandemia, lo que demanda una evaluación específica del impacto local (7).

1.2. Formulación del problema

¿Cuál fue el valor de la ecografía obstétrica en la atención integral de la gestante desde el diagnóstico prenatal hasta el parto durante la pandemia COVID-19?

1.3. Justificación

La presente investigación se justifica por la necesidad de analizar y valorar el rol de la ecografía obstétrica como herramienta fundamental en la atención integral de la gestante desde el diagnóstico prenatal hasta el parto, especialmente en el contexto excepcional generado por la pandemia de COVID-19. La ecografía obstétrica constituye uno de los pilares del control prenatal moderno, debido a su capacidad para proporcionar información objetiva y segura sobre el desarrollo fetal, la placenta y el bienestar materno-fetal; sin embargo, la emergencia sanitaria alteró de manera significativa la organización, continuidad y acceso a los servicios de salud materna, afectando la oportunidad diagnóstica y la calidad del seguimiento prenatal (1), (2).

En este escenario, la pandemia evidenció la vulnerabilidad de los sistemas de salud frente a crisis sanitarias, generando una reducción sustancial de controles prenatales presenciales, reasignación de recursos y limitaciones en la atención rutinaria de las gestantes. Diversos estudios reportaron disminuciones importantes en la cobertura de la atención prenatal durante los periodos más críticos de la pandemia, lo que se asoció a retrasos diagnósticos y a un incremento del riesgo de complicaciones materno-fetales no detectadas oportunamente (3), (4). Frente a estas restricciones, la ecografía obstétrica emergió como una intervención diagnóstica prioritaria, capaz de concentrar

información clínica esencial en menos visitas presenciales y de sustentar la toma de decisiones oportunas dentro del modelo de control prenatal reenfocado (5), (6).

Desde la perspectiva científica, este estudio se justifica porque aporta evidencia actualizada y contextualizada sobre el valor de la ecografía obstétrica en un periodo de alta vulnerabilidad sanitaria. Si bien existe amplia literatura sobre la utilidad de la ecografía en el embarazo, los estudios que analizan su rol específico como herramienta estratégica dentro del control prenatal reenfocado durante la pandemia de COVID-19 son aún limitados, especialmente en países de ingresos medios como el Perú y en contextos regionales fuera de la capital (7), (8). En este sentido, la investigación contribuye a fortalecer el cuerpo de conocimientos en salud materno-perinatal y a contrastar la evidencia internacional con la realidad local (9).

Desde el enfoque social, la investigación cobra relevancia al abordar un problema prioritario de salud pública, como es la protección de la salud materna y perinatal en contextos de desigualdad y limitaciones en el acceso a los servicios de salud. La reducción de la atención prenatal durante la pandemia se asoció a un incremento de la morbilidad materna y neonatal, afectando de manera particular a las regiones con menor capacidad de respuesta sanitaria (10), (11). El fortalecimiento del uso oportuno y estratégico de la ecografía obstétrica contribuye a la detección temprana de riesgos obstétricos, a la prevención de complicaciones evitables y a la mejora de los resultados perinatales, promoviendo una atención más segura, equitativa y centrada en la gestante (12).

Desde la perspectiva institucional, el estudio se justifica por su utilidad para la mejora de la gestión y organización de los servicios

de salud materna en el establecimiento de salud La Punta – Arequipa. La sistematización de la experiencia vivida durante la pandemia permitirá identificar fortalezas, debilidades y oportunidades de mejora en la implementación del control prenatal reenfocado y en la priorización de la ecografía obstétrica como herramienta diagnóstica central (13). Asimismo, los resultados podrán servir como insumo técnico para la actualización de protocolos, guías de atención prenatal y planes de contingencia ante futuras emergencias sanitarias, alineados con la Norma Técnica de Salud N.º 105 del Ministerio de Salud y con las recomendaciones internacionales vigentes (14), (15).

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se justifica por la aplicación de un diseño sistemático que permite analizar de manera integral un fenómeno reciente y complejo, como la atención prenatal durante la pandemia COVID-19, utilizando registros clínicos y criterios normativos. Este enfoque favorece la validez del análisis, la reproducibilidad del estudio y la generación de evidencia útil para futuras investigaciones comparativas o longitudinales en salud materno-perinatal (16), (17).

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar el valor de la ecografía obstétrica en la atención integral de la gestante desde el diagnóstico prenatal hasta el parto durante la pandemia COVID-19.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Cuantificar la frecuencia y el tipo de ecografías obstétricas realizadas a la gestante durante la pandemia COVID-19.

- Identificar los principales hallazgos ecográficos detectados en la gestante atendida durante la pandemia COVID 19.
- Describir la relación entre la realización oportuna de ecografías obstétricas y los resultados perinatales.

CAPÍTULO II

MARCO CONCEPTUAL

2.1. Ecografía obstétrica

La ecografía obstétrica es un método diagnóstico por imágenes que utiliza ondas sonoras de alta frecuencia para generar imágenes en tiempo real del embrión o feto, la placenta, el líquido amniótico y las estructuras uterinas durante el embarazo. Su funcionamiento se basa en la emisión y recepción de ecos producidos por la interacción del ultrasonido con los tejidos biológicos (1).

A diferencia de otras modalidades de imagen, no emplea radiación ionizante, lo que la convierte en una técnica segura para su uso durante la gestación cuando se aplica bajo indicación médica y siguiendo el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) (2).

Desde el punto de vista clínico, la ecografía obstétrica permite confirmar la viabilidad embrionaria, establecer con precisión la edad gestacional, evaluar el crecimiento y desarrollo fetal, detectar malformaciones estructurales y valorar la localización y características de la placenta. Asimismo, mediante la incorporación del estudio Doppler, posibilita el análisis de la circulación útero-placentaria y fetal, contribuyendo a la vigilancia del bienestar fetal (3), (4).

Las principales sociedades científicas internacionales consideran a la ecografía obstétrica un componente esencial del control prenatal, dado su impacto en la toma de decisiones clínicas y en la mejora de los resultados materno-perinatales (3), (5).

2.1.1. Las Bases biofísicas y principios de seguridad de la ecografía obstétrica:

La ecografía obstétrica se basa en la emisión de ondas sonoras de alta frecuencia (generalmente entre 2 y 10 MHz) que atraviesan los tejidos biológicos y generan imágenes a partir del eco reflejado por las interfaces tisulares. A diferencia de otras modalidades de diagnóstico por imagen, no utiliza radiación ionizante, lo que constituye uno de sus principales fundamentos de seguridad en el embarazo (1).

Sin embargo, aunque el ultrasonido diagnóstico es considerado seguro, no está completamente exento de efectos biofísicos potenciales. La interacción de la energía acústica con los tejidos puede generar dos tipos principales de efectos: térmicos y mecánicos. Por ello, su uso clínico se rige por estándares internacionales que regulan la exposición fetal. Además, es importante tener en cuenta que:

- Principio ALARA

El principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable) establece que la exposición al ultrasonido debe mantenerse en el nivel más bajo posible que permita obtener información diagnóstica adecuada (2). Este principio implica limitar el tiempo de exploración, utilizar la menor potencia acústica necesaria y evitar exposiciones innecesarias, especialmente en etapas tempranas del embarazo.

La aplicación estricta del principio ALARA es particularmente relevante en el primer trimestre,

cuando los procesos de organogénesis hacen al embrión más sensible a posibles efectos biológicos.

a. Índice térmico (TI)

El índice térmico (Thermal Index, TI) es un parámetro que estima el potencial incremento de temperatura en los tejidos expuestos al ultrasonido. Un aumento excesivo de temperatura podría, teóricamente, afectar tejidos en desarrollo.

Las recomendaciones internacionales sugieren mantener el índice térmico por debajo de valores considerados seguros, especialmente durante el primer trimestre, limitando la duración del estudio cuando el TI es elevado (2), (3). En la práctica clínica habitual, los niveles utilizados en ecografía diagnóstica estándar se mantienen dentro de rangos considerados seguros.

b. Índice mecánico (MI)

El índice mecánico (Mechanical Index, MI) estima el riesgo de efectos mecánicos asociados a la formación de microburbujas o fenómenos de cavitación. Aunque el riesgo es extremadamente bajo en tejidos fetales, el control del MI forma parte de los estándares de seguridad en equipos ecográficos modernos (2).

El monitoreo simultáneo del TI y MI en la pantalla del equipo permite al operador ajustar parámetros y garantizar una exploración segura.

2.1.2. Seguridad de la ecografía en el embarazo

Diversas sociedades científicas internacionales coinciden en que la ecografía obstétrica, utilizada con fines diagnósticos y bajo supervisión médica, no ha demostrado efectos adversos sobre el desarrollo neurológico, crecimiento fetal o resultados perinatales (1), (2), (4).

Los estudios epidemiológicos disponibles no han encontrado asociación consistente entre exposición ecográfica diagnóstica y alteraciones estructurales, cognitivas o funcionales en el recién nacido. No obstante, las guías recomiendan evitar su uso con fines no médicos o recreativos, dado que cualquier exposición innecesaria contradice el principio ALARA (3).

Asimismo, la ecografía obstétrica se caracteriza por su alta reproducibilidad diagnóstica cuando es realizada por profesionales capacitados y bajo protocolos estandarizados. Organismos internacionales como la ISUOG y la OMS han establecido guías específicas para la realización de estudios ecográficos en los diferentes trimestres del embarazo, con el objetivo de garantizar uniformidad en la evaluación y precisión diagnóstica (4), (7).

Desde el punto de vista clínico, la ecografía obstétrica permite integrar información estructural y funcional, lo que la convierte en una herramienta esencial para el seguimiento del embarazo normal y patológico. Su capacidad para identificar tempranamente desviaciones del curso fisiológico del embarazo la posiciona como un componente central del

control prenatal moderno y del enfoque de atención integral de la gestante (1), (12).

2.1.3. Técnica de la ecografía obstétrica

La ecografía obstétrica es un método diagnóstico no invasivo basado en la emisión de ondas de ultrasonido de alta frecuencia que permiten obtener imágenes en tiempo real del feto, la placenta y las estructuras maternas. Este procedimiento constituye una herramienta fundamental para la evaluación del crecimiento fetal, la anatomía fetal y las condiciones del medio intrauterino durante la gestación (1), (2).

Para la realización del estudio, la gestante se coloca generalmente en posición de decúbito supino, pudiendo utilizarse una ligera inclinación lateral izquierda con el fin de evitar la compresión de la vena cava inferior y mejorar el confort materno durante la exploración (2). Sobre el abdomen materno se aplica gel conductor hidrosoluble, que facilita la transmisión de las ondas ultrasónicas entre el transductor y la piel (3).

El examen se realiza principalmente mediante un transductor convexo abdominal de 3.5 a 5 MHz, el cual permite una adecuada penetración de las ondas sonoras y un campo de visión amplio para la evaluación del feto y sus anexos. En determinadas circunstancias, especialmente en etapas tempranas del embarazo o cuando se requiere mayor resolución de las estructuras pélvicas, puede emplearse un transductor transvaginal de mayor frecuencia (5–9 MHz) (1), (3).

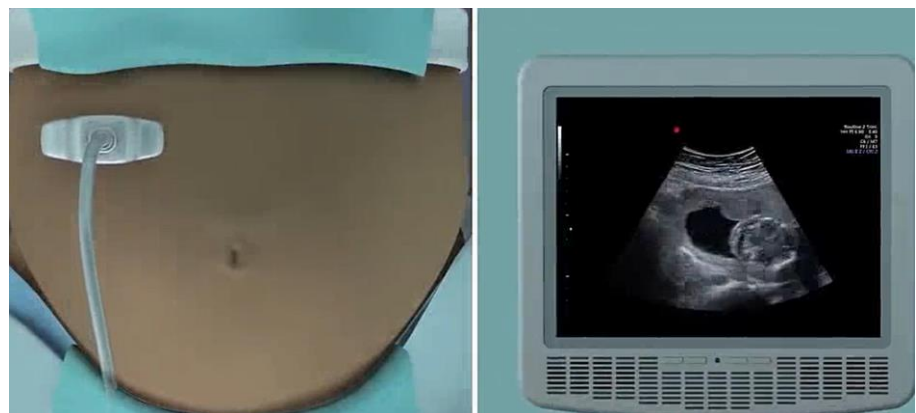
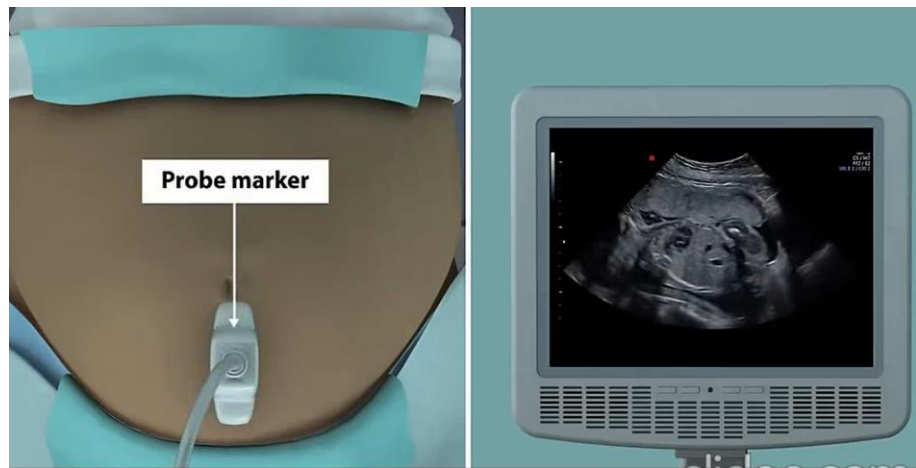
Durante la exploración ecográfica se realizan cortes longitudinales, transversales y oblicuos, permitiendo una evaluación sistemática de las estructuras fetales y uterinas. Dentro de los principales parámetros evaluados se incluyen la situación, posición y presentación fetal, así como la valoración de la biometría fetal, que comprende mediciones estandarizadas como el diámetro biparietal, la circunferencia cefálica, la circunferencia abdominal y la longitud del fémur. Estas mediciones permiten estimar la edad gestacional y evaluar el crecimiento fetal (2), (4).

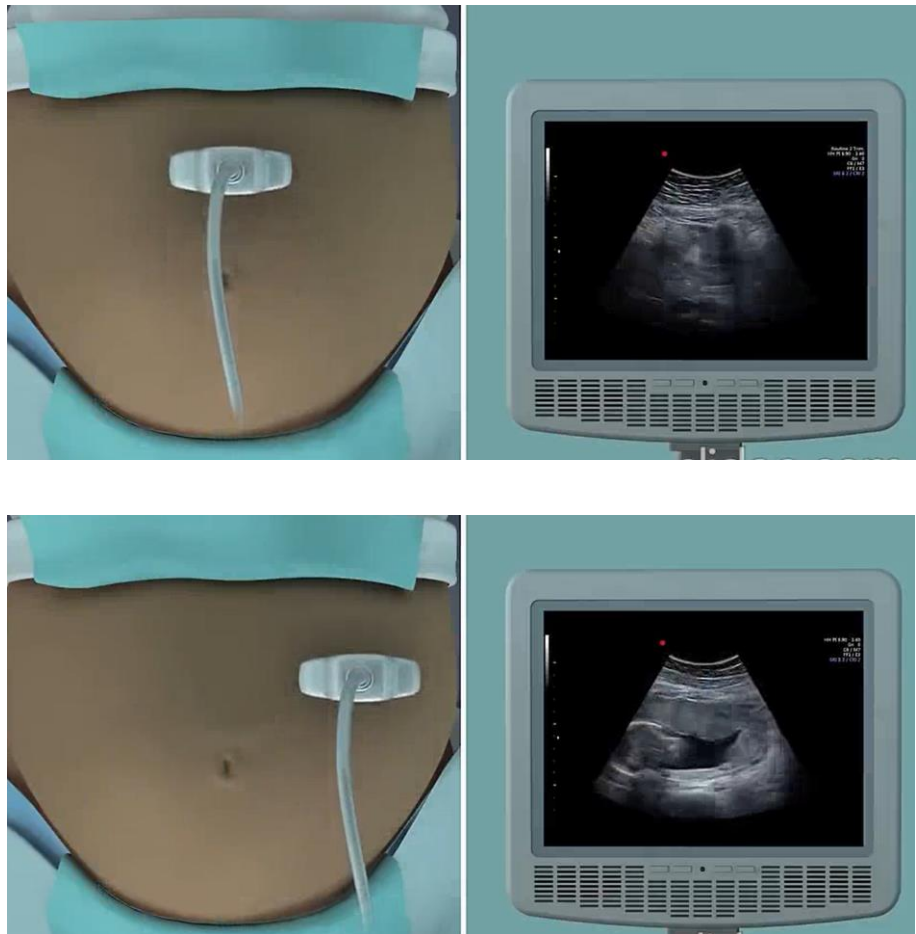
Asimismo, se realiza la evaluación de la placenta, determinando su localización, características estructurales y relación con el orificio cervical interno. De igual manera se valora la cantidad de líquido amniótico, mediante el índice de líquido amniótico o el bolsillo vertical máximo, parámetros que contribuyen a la evaluación del bienestar fetal (1), (4).

De acuerdo con la indicación clínica, la ecografía obstétrica puede complementarse con estudios adicionales como el perfil biofísico fetal y la evaluación Doppler de la circulación fetoplacentaria, incluyendo arterias uterinas, arteria umbilical, arteria cerebral media y ductus venoso, lo cual permite identificar alteraciones hemodinámicas asociadas a patologías obstétricas y optimizar la toma de decisiones clínicas (3), (5).

Finalmente, los hallazgos obtenidos se registran en el informe ecográfico, donde se consignan las mediciones biométricas, la edad gestacional estimada, las características del líquido amniótico, la localización placentaria y cualquier hallazgo

relevante que pueda influir en la evolución del embarazo o en los resultados perinatales (2), (4).





Fuente: Guía práctica de ISUOG.

2.2. Ecografía obstétrica por trimestres

2.2.1. Ecografía en el primer trimestre

La ecografía del primer trimestre, idealmente realizada entre las 11 y 13 semanas + 6 días, cumple funciones esenciales en la confirmación de viabilidad embrionaria, determinación de la localización del embarazo y datación precisa de la edad gestacional (1).

La medición de la longitud cráneo-caudal (LCC) es considerada el método más exacto para establecer edad gestacional, con un margen de error aproximado de ± 3 a 5 días cuando se realiza dentro del periodo óptimo (1), (2). Esta precisión es fundamental,

ya que una datación incorrecta puede generar errores en la clasificación de prematuridad, embarazo postérmino o restricción del crecimiento fetal.

Además, en esta etapa puede realizarse la evaluación de marcadores ecográficos tempranos como translucencia nuchal, hueso nasal y flujo en ductus venoso, contribuyendo al tamizaje de anomalías cromosómicas y estructurales (3). Asimismo, permite identificar gestaciones múltiples, determinar corionicidad y evaluar anatomía básica fetal, aspectos determinantes para la planificación del seguimiento prenatal.

Desde el punto de vista clínico, la ecografía del primer trimestre reduce intervenciones innecesarias derivadas de errores en la edad gestacional y mejora la planificación del control prenatal (2).

2.2.2. Ecografía en el segundo trimestre

La ecografía morfológica del segundo trimestre, recomendada entre las 18 y 24 semanas, representa uno de los estudios más relevantes del embarazo, ya que permite una evaluación anatómica detallada del feto (1).

Durante este periodo se examinan sistemáticamente estructuras cerebrales, columna vertebral, corazón, abdomen, extremidades y cordón umbilical, así como la localización y características de la placenta. La detección temprana de malformaciones mayores facilita la planificación perinatal, la referencia a centros de mayor complejidad y el asesoramiento adecuado a la gestante (1), (3).

Adicionalmente, se realiza biometría fetal (DBP, CC, CA, LF), lo que permite evaluar crecimiento y establecer curvas percentilares. En esta etapa también puede evaluarse la longitud cervical, parámetro relevante en la predicción de parto pretérmino (4).

La sensibilidad diagnóstica depende de la experiencia del operador, calidad del equipo y adherencia a protocolos estandarizados; sin embargo, su valor como estándar de calidad en la atención prenatal es ampliamente reconocido (1), (3).

2.2.3. Ecografía en el tercer trimestre

En el tercer trimestre, la ecografía adquiere un rol estratégico en la vigilancia del bienestar fetal y la planificación del parto. Su objetivo principal es evaluar crecimiento fetal, estimar peso fetal, valorar volumen de líquido amniótico y confirmar localización placentaria (5).

La biometría fetal permite identificar desviaciones del crecimiento, tales como restricción del crecimiento intrauterino (RCIU) o macrosomía fetal, ambas asociadas a mayor riesgo de complicaciones perinatales (5), (6). La estimación ecográfica del peso fetal, mediante fórmulas biométricas validadas, presenta un margen de error aproximado del $\pm 10\%$, siendo clínicamente útil para anticipar posibles desproporciones cefalopélvicas o riesgos metabólicos neonatales (7).

Asimismo, la evaluación del índice de líquido amniótico o del bolsillo máximo vertical permite diagnosticar oligohidramnios

o polihidramnios, condiciones que pueden modificar la conducta obstétrica (6).

En esta etapa, la ecografía no solo cumple función diagnóstica, sino que influye directamente en decisiones como la indicación de inducción del trabajo de parto, programación de cesárea electiva, intensificación de vigilancia fetal o referencia a establecimiento de mayor complejidad (6). Por tanto, en el tercer trimestre se convierte en herramienta determinante para la planificación segura del nacimiento.

2.2.4. Valor evolutivo de la ecografía a lo largo del embarazo

La relevancia de la ecografía obstétrica no radica únicamente en estudios aislados, sino en su carácter evolutivo. La comparación seriada de parámetros biométricos permite identificar tendencias de crecimiento, detectar alteraciones progresivas y evaluar respuesta a intervenciones (5).

Cuando la evaluación ecográfica se integra con la valoración clínica materna, se optimiza la estratificación del riesgo y se mejora la capacidad de anticipar resultados perinatales adversos (6). De esta manera, la ecografía obstétrica constituye no solo una herramienta diagnóstica, sino un componente estratégico del modelo de atención prenatal integral.

La validez diagnóstica de la ecografía obstétrica se sustenta en su capacidad para proporcionar mediciones reproducibles, confiables y clínicamente útiles a lo largo del embarazo. Su precisión varía según el trimestre gestacional y el parámetro

evaluado, siendo mayor cuando se realiza bajo protocolos estandarizados y por personal entrenado.

2.2.5. Precisión en la datación gestacional

En el primer trimestre, la medición de la longitud cráneo-caudal (LCC) constituye el método más exacto para establecer la edad gestacional. Cuando se realiza entre las 11 y 13 semanas + 6 días, presenta un margen de error aproximado de ± 3 a 5 días, lo que la convierte en el estándar de referencia para la datación del embarazo (1).

En el segundo trimestre, la estimación basada en biometría fetal (DBP, CC, CA y LF) presenta un margen de error mayor, aproximadamente ± 7 a 10 días, debido a la variabilidad biológica del crecimiento fetal (1), (2).

En el tercer trimestre, la precisión disminuye progresivamente, pudiendo alcanzar ± 2 a 3 semanas, razón por la cual la datación tardía es menos confiable.

La correcta determinación de la edad gestacional es fundamental para evitar errores en la clasificación de prematuridad, embarazo postérmino o restricción del crecimiento fetal, condiciones que impactan directamente en la toma de decisiones clínicas.

2.2.6. Sensibilidad en la detección de malformaciones mayores

La ecografía morfológica del segundo trimestre posee alta sensibilidad para la detección de malformaciones estructurales mayores. Estudios recientes reportan tasas de detección que oscilan entre 60% y 85% para anomalías mayores, dependiendo del sistema afectado, experiencia del operador y calidad del equipo (2), (3).

La sensibilidad es mayor para anomalías del sistema nervioso central, pared abdominal y malformaciones renales, mientras que algunas cardiopatías congénitas pueden requerir ecocardiografía fetal especializada. A pesar de estas limitaciones, la ecografía sistemática constituye el método de tamizaje estructural más importante en la atención prenatal. (3), (4).

2.2.7. Exactitud en la estimación ecográfica del peso fetal

La estimación ecográfica del peso fetal, basada en fórmulas biométricas como las descritas por Hadlock, presenta un margen de error aceptado de aproximadamente $\pm 10\%$ respecto al peso real al nacer (4). Esta variabilidad puede incrementarse en casos de obesidad materna, macrosomía extrema u oligohidramnios.

A pesar de no ser una medición exacta, su valor clínico radica en la capacidad predictiva para identificar fetos con bajo peso o macrosomía, permitiendo anticipar complicaciones como distocia de hombros, asfixia perinatal o necesidad de cuidados neonatales especializados (5). Durante la pandemia COVID-19, esta utilidad clínica cobró especial relevancia, ya que la ecografía obstétrica permitió optimizar los controles presenciales y concentrar la atención en gestantes con mayor riesgo, convirtiéndose en una herramienta estratégica dentro del control prenatal reenfocado (6), (11).

En el marco de la atención integral de la gestante, la ecografía obstétrica no solo cumple una función diagnóstica, sino también un rol articulador entre el seguimiento clínico, la educación prenatal y la toma de decisiones informadas. Su adecuada utilización fortalece la relación entre el equipo de salud y la gestante, mejora la adherencia al control prenatal y contribuye a una experiencia de atención más segura y confiable (1), (12).

2.3. Doppler obstétrico y evaluación hemodinámica fetal

El estudio Doppler constituye una extensión funcional de la ecografía obstétrica convencional, permitiendo evaluar en tiempo real la dinámica del flujo sanguíneo materno-fetal mediante el análisis de la variación de frecuencia de las ondas reflejadas por los eritrocitos en movimiento. Esta herramienta aporta información hemodinámica que no puede obtenerse mediante la evaluación estructural aislada. Dentro de sus principales aplicaciones clínicas destaca:

2.3.1. Doppler de arterias uterinas

La valoración de las arterias uterinas permite analizar la resistencia vascular útero-placentaria y detectar alteraciones en el proceso de invasión trofoblástica. Un índice de pulsatilidad elevado o la persistencia de incisura protodiastólica se asocian con mayor riesgo de preeclampsia y restricción del crecimiento fetal (5).

La evaluación en el segundo trimestre tiene valor predictivo en la identificación temprana de insuficiencia placentaria, lo que posibilita vigilancia intensificada y medidas preventivas oportunas. (5)

2.3.2. Doppler de arteria umbilical

El Doppler de la arteria umbilical evalúa la resistencia vascular placentaria. El aumento progresivo del índice de pulsatilidad refleja deterioro del intercambio feto-placentario. La ausencia o reversión del flujo diastólico final representa un hallazgo de gravedad, asociado a mayor riesgo de hipoxia fetal y morbilidad perinatal (5), (6).

Su uso está especialmente indicado en embarazos con sospecha de restricción del crecimiento intrauterino, hipertensión gestacional o diabetes mal controlada.

2.3.3. Doppler de arteria cerebral media

La valoración de la arteria cerebral media permite identificar fenómenos de redistribución hemodinámica fetal, conocidos como “brain-sparing effect”, caracterizados por disminución de la resistencia vascular cerebral en respuesta a hipoxia crónica.

El descenso del índice de pulsatilidad cerebral, particularmente cuando se analiza en conjunto con la arteria umbilical (relación cerebro-placentaria), mejora la capacidad predictiva de compromiso fetal (5).

2.3.4. Relación cerebro-placentaria

La relación entre el índice de pulsatilidad de la arteria cerebral media y el de la arteria umbilical constituye un marcador sensible de deterioro hemodinámico. Valores disminuidos se asocian con mayor probabilidad de resultados perinatales adversos, incluso en fetos con peso aparentemente adecuado.

Este parámetro ha adquirido relevancia en la vigilancia de embarazos de riesgo intermedio y en la toma de decisiones respecto al momento óptimo del parto. (6)

2.3.5. Impacto clínico del Doppler en la toma de decisiones

El Doppler obstétrico no solo permite identificar alteraciones hemodinámicas, sino que orienta directamente la conducta

clínica. En casos de restricción del crecimiento fetal, los hallazgos Doppler determinan la frecuencia del monitoreo, la necesidad de hospitalización e incluso la indicación de culminación del embarazo.

Las guías clínicas internacionales recomiendan su uso sistemático en embarazos de alto riesgo, ya que su aplicación oportuna mejora la estratificación del riesgo y contribuye a reducir la mortalidad perinatal cuando se integra dentro de protocolos estandarizados (25).

No obstante, la interpretación del Doppler requiere experiencia técnica y análisis contextualizado, dado que decisiones basadas únicamente en un parámetro aislado pueden conducir a intervenciones innecesarias. Por ello, su valor radica en la integración con la evaluación clínica y biométrica fetal.

2.4. Atención pre natal y control pre natal Reenfocado

El control prenatal ha evolucionado progresivamente desde un enfoque centrado en la cantidad de controles hacia un modelo orientado a la calidad, oportunidad y pertinencia de las intervenciones, conocido como control prenatal reenfocado. Este modelo, impulsado por organismos internacionales como la Organización Mundial de la Salud, propone una atención prenatal basada en la identificación temprana de riesgos, la estratificación clínica de la gestante y el uso racional de herramientas diagnósticas con alto impacto en los resultados materno-perinatales (1), (3).

En el control prenatal reenfocado, la ecografía obstétrica adquiere un rol central, ya que permite transformar la atención prenatal en un proceso proactivo, sustentado en evidencia objetiva y orientado a la

prevención de complicaciones. A diferencia del enfoque tradicional, donde la ecografía puede ser utilizada de forma rutinaria o fragmentada, el modelo reenfocado prioriza su uso estratégico en momentos clave del embarazo, de acuerdo con las necesidades clínicas individuales de cada gestante (2), (4).

Desde una perspectiva clínica, la ecografía obstétrica facilita la estratificación del riesgo obstétrico, permitiendo identificar tempranamente condiciones como anomalías fetales, alteraciones del crecimiento intrauterino, patologías placentarias y trastornos del líquido amniótico. Esta información resulta fundamental para definir la frecuencia de los controles prenatales, el nivel de complejidad del seguimiento y la necesidad de referencia oportuna a servicios especializados (5), (7).

Asimismo, el control prenatal integra la ecografía obstétrica como herramienta clave para la continuidad del cuidado, especialmente en contextos de limitación de recursos o emergencias sanitarias. Durante la pandemia COVID-19, la reducción de controles presenciales obligó a optimizar las intervenciones disponibles, y la ecografía obstétrica permitió concentrar la atención en gestantes con mayor riesgo, garantizando la vigilancia materno-fetal con el menor número posible de visitas presenciales (6), (11).

La evidencia científica reciente respalda que la incorporación sistemática de la ecografía obstétrica dentro del control prenatal reenfocado se asocia con una mejor detección de complicaciones, una reducción de eventos adversos perinatales y una mayor eficiencia en la toma de decisiones clínicas (8), (12). En particular, la ecografía del primer trimestre mejora la precisión de la datación gestacional, mientras que la ecografía morfológica del segundo trimestre contribuye a la detección oportuna de malformaciones

estructurales, y la ecografía del tercer trimestre permite vigilar el crecimiento y bienestar fetal (4), (7).

Otro aspecto relevante del control prenatal reenfocado es su enfoque en la personalización de la atención, donde la ecografía obstétrica actúa como un instrumento que orienta el seguimiento individualizado de la gestante. La información ecográfica no solo influye en las decisiones clínicas, sino que también fortalece la comunicación entre el personal de salud y la gestante, favoreciendo la comprensión del proceso gestacional y la adherencia al control prenatal (1), (9).

Desde el punto de vista institucional, la integración de la ecografía obstétrica en el control prenatal reenfocado permite optimizar el uso de recursos sanitarios, reducir intervenciones innecesarias y mejorar la organización de los servicios de salud materna. Este enfoque resulta particularmente relevante en establecimientos de primer nivel de atención, donde la ecografía obstétrica puede constituir una herramienta decisiva para la detección temprana de riesgos y la referencia oportuna, contribuyendo a la equidad en el acceso a una atención prenatal de calidad (10), (13).

El control prenatal reenfocado y la ecografía obstétrica conforman un binomio inseparable dentro de la atención integral de la gestante. La ecografía no solo complementa el control prenatal, sino que lo potencia, al proporcionar información diagnóstica clave que sustenta la toma de decisiones clínicas, fortalece la continuidad del cuidado y contribuye a mejorar los resultados materno-perinatales, especialmente en contextos de crisis sanitaria como la pandemia COVID-19 (6), (12).

2.4.1. Atención pre natal durante la pandemia:

La pandemia por COVID-19 generó una disrupción sin precedentes en los sistemas de salud a nivel mundial, afectando de manera significativa la provisión de servicios esenciales, incluida la atención prenatal. Las restricciones de movilidad, la sobrecarga de los servicios de salud y el temor al contagio ocasionaron una reducción en la cobertura y continuidad de los controles prenatales, especialmente en países de ingresos bajos y medios (11), (12).

Estudios internacionales reportaron disminuciones significativas en la asistencia a controles prenatales y en la realización de procedimientos diagnósticos durante los periodos más críticos de la pandemia, lo que incrementó el riesgo de complicaciones materno-fetales no detectadas oportunamente (13). Frente a esta situación, los organismos internacionales recomendaron priorizar intervenciones esenciales dentro del control prenatal, entre ellas la ecografía obstétrica, como medida para garantizar la vigilancia fetal y materna (14).

2.4.2. Impacto de la pandemia COVID en la salud materno perinatal:

El impacto de la pandemia en la salud materna y perinatal se manifestó tanto de manera directa, a través de la infección por SARS-CoV-2, como de forma indirecta, mediante la interrupción de los servicios de salud. La evidencia indica un aumento de la morbilidad y mortalidad materna y perinatal durante los años 2020 y 2021, asociado a la reducción del acceso oportuno a la atención prenatal y a los servicios obstétricos (15), (16).

En el contexto peruano, diversos informes evidenciaron un incremento de la mortalidad materna durante la pandemia, especialmente en regiones fuera de la capital, lo que puso en evidencia brechas estructurales en la atención materna y limitaciones en el acceso a servicios diagnósticos esenciales (17), (18). Estos hallazgos refuerzan la necesidad de fortalecer estrategias de atención prenatal resilientes y adaptadas a contextos de emergencia sanitaria.

2.4.3. Atención prenatal durante la pandemia COVID-19 según la Norma Técnica de Salud N° 105 – MINSA

La Norma Técnica de Salud N° 105-MINSA/DGSP, que regula la Atención Integral de Salud Materna, se mantuvo como marco normativo base vigente durante la pandemia COVID-19, pero su aplicación fue adaptada de manera excepcional mediante directivas sanitarias emitidas por el Ministerio de Salud para reducir el riesgo de contagio, garantizar la continuidad del cuidado y priorizar la atención de gestantes con mayor riesgo obstétrico (1),(2).

a. Continuidad del control prenatal con enfoque reenfocado

De acuerdo con la NTS 105, el control prenatal debe ser integral, oportuno, continuo y con enfoque preventivo. Durante la pandemia, este modelo no se suspendió, sino que se reenfocó, priorizando:

- Gestantes con factores de riesgo materno o fetal
- Controles prenatales considerados críticos para la detección de complicaciones

- Evaluaciones que no podían ser postergadas sin comprometer la salud materno-fetal (1)

Este reenfoque dio lugar al denominado control prenatal reenfocado, en el cual se redujo el número de visitas presenciales, pero se incrementó la calidad y resolutivez de cada atención.

b. Priorización de la ecografía obstétrica como herramienta central

Durante la pandemia, y en concordancia con la NTS 105, la ecografía obstétrica adquirió un rol estratégico, al permitir:

- Confirmar edad gestacional y viabilidad fetal
- Detectar precozmente alteraciones del crecimiento fetal, líquido amniótico y placenta
- Estratificar el riesgo obstétrico en menos visitas presenciales

El MINSA, alineado con recomendaciones internacionales, promovió que la ecografía obstétrica se realice en momentos clave del embarazo, integrándose como componente fundamental del control prenatal reenfocado (2), (3).

1. Reducción y reorganización de las atenciones presenciales

Según las disposiciones sanitarias complementarias a la NTS 105 durante la pandemia:

- Se redujo el número de controles prenatales presenciales en gestantes de bajo riesgo.
- Se priorizó la atención por citas programadas.

- Se evitó la exposición innecesaria en establecimientos de salud.

Estas medidas buscaban disminuir el riesgo de contagio por SARS-CoV-2 sin comprometer la vigilancia materno-fetal, manteniendo la evaluación clínica esencial establecida por la norma técnica (2).

2. Enfoque de riesgo y referencia oportuna

La NTS 105 establece que toda gestante debe ser evaluada según criterios de riesgo obstétrico. Durante la pandemia, este principio se fortaleció, priorizando:

- Identificación temprana de gestantes de alto riesgo mediante ecografía y evaluación clínica.
- Referencia oportuna a establecimientos de mayor complejidad.
- Planificación anticipada del parto.

Este enfoque permitió optimizar los recursos sanitarios en un contexto de emergencia, garantizando atención segura y oportuna (1), (4).

3. Impacto del modelo normativo en la atención prenatal durante la pandemia

En síntesis, según la Norma Técnica N° 105 y sus adaptaciones durante la pandemia COVID-19, la atención prenatal: (16)

- No se suspendió, sino que se reorganizó.
- Se basó en un modelo de control prenatal reenfocado.
- Otorgó un rol central a la ecografía obstétrica.

- Priorizó la prevención de complicaciones y la continuidad del cuidado. (16)

2.5. Recomendaciones ISUOG y Protocolos COVID-19 para Ecografía Obstétrica

1. Reorganización y racionalización del servicio ecográfico

La ISUOG recomendó priorizar y racionalizar el uso de ecografía obstétrica en función del contexto clínico y de riesgos durante la pandemia, adaptando la prestación cuando los recursos eran limitados y minimizando la exposición innecesaria tanto de pacientes como de personal (25), (27). Entre las recomendaciones clave están:

- Priorización de ecografías según urgencia clínica: Escaneos con dolor abdominal severo, sangrado persistente o sospecha de embarazo ectópico deben programarse con urgencia (dentro de 24 horas), mientras que ecografías de seguimiento pueden posponerse cuando no existan consecuencias clínicas inmediatas (24), (27). Esto facilita un uso racional de recursos en escenarios de restricción sanitaria sin sacrificar calidad clínica.
- Minimización de exploraciones rutinarias consideradas no esenciales durante picos de contagio, y postergación de controles que no comprometan la seguridad clínica (24).

2. Protocolos específicos para pacientes con COVID-19 confirmado o sospechoso

La ISUOG publicó guías para el manejo de ecografías en gestantes con infección confirmada o sospechada por SARS-

CoV-2, recomendando medidas tanto de seguridad como de organización clínica (25), (26), (1):

a) Manejo de la paciente y ambiente

- Atender a pacientes sospechosas o confirmadas en áreas designadas de COVID-19, evitando que entren en unidades generales no preparadas (25), (26).
- Uso de sala con presión negativa para pacientes hospitalizadas con infección activa cuando estén disponibles (26).
- Equipar al personal con EPP adecuado: respiradores ajustados (N95/FFP2), protección ocular, batas impermeables y guantes dobles, especialmente para ecografías prolongadas o de alto riesgo (26).
- Estas medidas reducen el riesgo de transmisión nosocomial.

b) Modificaciones de la programación de ecografías

- En gestantes no hospitalizadas con infección leve o en recuperación, un escaneo de crecimiento fetal 4 semanas después de la recuperación asegura seguimiento adecuado sin exponerse prematuramente (25).
- Ecografías morfológicas detalladas (18–23 semanas) siguen siendo recomendadas en casos confirmados, pero pueden reprogramarse hasta 4 semanas después de la recuperación si la situación epidemiológica lo exige (25).

c) Atención de ecografías en mujeres hospitalizadas

- Cuando la paciente esté hospitalizada y confirmada con COVID-19, la ecografía debe realizarse en cama o sala hospitalaria para evitar movimientos innecesarios (25).
- Se sugiere que el personal más experimentado realice la exploración para acortar la duración del examen minimizando el riesgo de exposición (2).

3. Medidas de bioseguridad específicas para ecografía

ISUOG también subraya aspectos operativos para reducir riesgos durante la realización de ecografías (1), (26):

- **Limpieza y desinfección rigurosa** de equipo y transductores entre cada paciente, siguiendo las recomendaciones del fabricante.
- Uso de **gel de un solo uso** o cobertores desechables en transductores cuando sea apropiado para minimizar contaminación cruzada (2).
- **Capacitación específica a profesionales de ecografía** para asegurar cumplimiento de protocolos y uso correcto de EPP (26).
- **Reducir la duración del examen** al concentrarse en indicaciones clínicas claras, evitando explicaciones prolongadas durante el procedimiento si no son esenciales (2).

4. Seguimiento fetal en gestantes con COVID-19

ISUOG también plantea recomendaciones de vigilancia fetal basadas en la evidencia disponible:

3. **Monitoreo de crecimiento y líquido amniótico** con ecografía y Doppler de arteria umbilical cada 4 semanas después de la recuperación. (1), (25).

- **Vigilancia fetal con cardiotocografía (CTG)** y ecografía cuando existan indicaciones obstétricas asociadas o sospecha de compromiso fetal (1).

Este enfoque busca equilibrar el seguimiento eficaz con la reducción de las visitas presenciales no esenciales durante la pandemia.

5. Ecografía obstétrica como herramienta estratégica durante emergencias sanitarias

Durante la pandemia COVID-19, la ecografía obstétrica se consolidó como una herramienta estratégica para sostener la atención prenatal en escenarios de alta vulnerabilidad sanitaria. Su carácter no invasivo, su utilidad clínica inmediata y su capacidad para orientar decisiones oportunas la posicionaron como un procedimiento prioritario dentro de los modelos de atención prenatal adaptados a la pandemia (19).

La literatura reciente señala que la continuidad de la ecografía obstétrica durante la pandemia permitió mitigar los efectos negativos de la reducción de controles presenciales, facilitando la detección temprana de complicaciones y contribuyendo a mejores resultados perinatales (20), (21). En este sentido, su integración dentro del control prenatal reenfocado no solo responde a una necesidad clínica, sino también a una estrategia de gestión sanitaria orientada a garantizar la calidad y seguridad de la atención materno-perinatal en contextos adversos (22).

En la región Arequipa, la pandemia COVID-19 generó modificaciones sustanciales en la organización de los servicios de salud materna, afectando la continuidad del control prenatal y el acceso a procedimientos diagnósticos. En el establecimiento de

salud La Punta, estas limitaciones evidenciaron la importancia de la ecografía obstétrica como herramienta clave para la vigilancia del embarazo y la toma de decisiones clínicas durante el periodo de estudio (23).

Sin embargo, existe limitada evidencia sistematizada a nivel local que analice de manera integral el valor de la ecografía obstétrica dentro de la atención prenatal reenfocada durante la pandemia. Esta brecha de conocimiento justifica la realización del presente estudio, orientado a generar evidencia científica que contribuya a mejorar la calidad de la atención materna y fortalecer los servicios de salud en contextos similares (24).

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

HCL: 1111111
FECHA: 28/10/2019
HORA: 10:00

3.1. Anamnesis

3.1.1. Filiación

Tipo de seguro y N°:	2-72244841
Nombres y Apellidos:	E . C . M . T .
Documento de identificación:	1111111
Edad:	20
Sexo:	Femenino
Estado Civil:	Conviviente
Raza:	Mestiza
Grado de instrucción:	Sup. No Univ.
Idioma:	Castellano
Ocupación:	Independiente
Religión:	católica
Lugar y fecha de nacimiento:	Arequipa 22/02/1999
Lugar de procedencia:	Arequipa
Datos Tomados:	Paciente
Fecha de Elaboración de HCL:	28/10/2019
Fecha de Ingreso:	28/10/2019
Informante:	Paciente

3.1.2. Enfermedad actual

Paciente gestante de 20 años, acude a consultorio obstétrico para iniciar sus controles prenatales. Al interrogatorio no refiere presentar molestias, tampoco signos de alarma del embarazo.

3.1.3. Antecedentes

a) Personales

- Apetito: Conservado
- Sed: Conservado
- Deposiciones: Conservado
- Orina: Conservado
- Sueño: Conservado

b) Patológicos

- HTA: No Refiere
- DM: No Refiere
- Asma: No Refiere
- Accidentes: No Refiere
- Alergias: No Refiere
- Transfusiones: No Refiere
- Hospitalización: No Refiere
- Operaciones: No Refiere

c) Gineco obstétricos

- Menarquía: 12 años
- R/C: 4-5/30
- M.A.C: Ninguno
- Fórmula Obstétrica: G:0 P:0000

d) Embarazo actual

- FUM: 23/08/2019
- FPP: 29/05/2020
- Edad Gestacional: 9 semanas y 3 días

e) Familiares

- Padre: Aparentemente Sano
- Madre: Diabetes mellitus.
- Hermanos: Alergia a la Penicilina
- Esposo: Aparentemente Sano

f) Socioeconómicos

Vivienda propia de material noble cuenta con los servicios de Agua, Luz, Desagüe, recojo de basura cada 2 días. Económicamente depende de la pareja.

g) Alimentación

Alimentación balanceada: menestras, carne blanca, roja, verduras, frutas.

h) Hábitos nocivos

- Alcohol : No
- Tabaco : No
- Drogas : No
- Conducta sexual de Riesgo : No

3.1.4. Examen Físico

a) General

- Estado General: Regular
- Estado Nutricional: Regular
- Estado de Hidratación: Regular
- Estado de Conciencia: LOTE

b) Funciones Vitales

- PA: 90/60 mmHg.
- FC: 80/lpm.
- FR: 20/rpm.

- T°: 36.0°C
- Peso: 49,8 kg
- Talla: 1,63 m
- IMC: 22,11 kg/m²

c) Piel y Faneras

- Piel Tibia Turgor y elasticidad conservada
- Signos de Pliegue (-)
- Tejido celular subcutáneo: Conservado
- Uñas Conservado.

d) Cabeza y Cuello

- Conservado.
- Normocéfalo.
- Conjuntivas palpebrales rosadas.
- Mucosas orales húmedas.

e) Tórax

- Murmullo vesicular pasa en ambos campos pulmonares, no estertores.

f) Mamas

- Blandas
- Simétricas

g) Cardiovascular

- No se ausculta soplos.
- Llenado Capilar < 2 seg.

h) Abdomen

- Blando depresible.
- No se palpa útero por precocidad del embarazo.

i) Genitourinario

- Labios mayores simétricos, no lesiones dérmicas, no sangrado vaginal.

j) Columna vertebral y extremidades

- Columna centrada.

- Test de Adams: Negativo.
- Columna vertebral estable, funcional.

k) Linfático

- No se palpan adenopatías en ganglios.
- No hay presencia de edemas.

l) Extremidades inferiores

- Simétricas
- No edemas
- No varices

m) Reflejos osteotendinosos

- Reflejos osteotendinosos (ROT) simétricos y de amplitud normal, grado 2+/4

3.1.5. Impresión diagnóstica

- Supervisión de primer embarazo de 9 semanas y 3 días por FUM.
- Peso adecuado para edad gestacional.
- Prueba Rápida de VIH: NO REACTIVO.
- Prueba Rápida de Sífilis: NO REACTIVO.
- Prueba Rápida de Hepatitis B: NO REACTIVO.

3.1.6. Tratamiento y evolución

Tratamiento

Ácido Fólico de 0.5 mg cada 24 horas x 30 días.

Exámenes auxiliares

Se solicita primera batería de laboratorio para gestante.

próxima cita: 28/11/2019

ECOGRAFÍA ANTES DE INICIAR CPN:

paciente se realiza ecografía el 23 de agosto del 2019, refiere que se realizó dos pruebas de embarazo en su domicilio las cuales dieron positivas.

informe ecográfico:

útero retroverso grado ii pero de conformación normal.

posición medial.

bordes regulares.

miometrio homogéneo.

en cavidad uterina se ve saco gestacional pequeño que mide 0.30 cm, que no marca tiempo todavía por ser pequeño.

reacción coriodecidual normal.

ovarios normales.

liquido libre escaso pelvis.

sonda exploradora no despierta dolor pélvico.

conclusión:

pequeño saco gestacional de 0.30 cm pero que todavía no marca tiempo, podríamos decir embarazo de 4 semanas.

ecografía obstétrica

realizada el 17 de noviembre del 2019

hallazgos ecográficos:

útero en anteflexión, de borde regulares, tamaño aumentado, parénquima homogéneo, con presencia de saco gestacional de bordes regulares, implantado a nivel de fondo uterino, con adecuada reacción coriodecidual, se evidencia embrión con latido cardiaco presente al momento del examen:

sg: 4.39 cm

lcn: 1.61 cm

anexos: desplazados por crecimiento uterino

conclusión

1. gestación menor de 8 semanas 5 días +/- 7 días.

Evolución

2do control prenatal:

Fecha: 28/11/2019

Hora: 14:30.

Triage:

Peso: 50,6 kg Talla: 1,63 m

Presión arterial (PA): 90/60 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 78/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.0°C

Motivo de consulta

Paciente acude a su 2do control prenatal, cursa las 13 semanas, no refiere molestias actualmente. Se le evalúa resultados de laboratorio.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Conjuntivas: Rosadas
- Mucosas Orales: húmedas
- Mamas: Sin particularidad
- Abdomen: útero grávido. AU: 10cm; LCF: 158 lpm.
Mov. Fet.: NA; Posición: Indiferente.

- Miembros inferiores: Sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 13 semanas.
2. Baja ganancia de peso.
3. Resultado de la 1era Batería de Laboratorio.

Tratamiento:

Ácido Fólico de 0.5 mg cada 24 horas x 30 días.

Próxima cita: 28/12/2019

visita domiciliaria

Fecha: 04/12/2019

Hora: 10:00.

Motivo de consulta:

Visita Domiciliaria Efectiva.

Examen físico

Paciente se encuentra en domicilio, se le aplica la ficha de plan de parto, paciente se encuentra preparada para cualquier emergencia; se explica signos de alarma.

Diagnostico:

1. Seguimiento Gestante
2. Plan de parto (2)
3. Visita Domiciliaria (1)

Próxima cita: 28/12/2019

3er control prenatal

Fecha: 28/12/2019

Hora: 14:43.

Triage:

Peso: 53,8 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 90/50 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 80/lpm

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm

Temperatura (T°): 36.8°C

Motivo de consulta:

Paciente gestante acude a control prenatal, no refiere molestias.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Abdomen: AU: 15 cm; LCF: 152/lpm.
- Miembros inferiores: Sin edema.

Se le explica que debe regresar por odontología.

Diagnóstico:

1. Gestante de 18 semanas.
2. Baja ganancia de peso.
3. Consejería Nutricional.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 horas x 30 días.

Exámenes auxiliares:

Ninguno

Próxima cita: 28/01/2020

4to Control prenatal:

Fecha: 28/01/2020

Hora: 10:45.

Triage:

Peso: 57 kg Talla: 1,63 cm

Presión arterial (PA): 90/60 mmHg.

Frecuencia cardíaca (FC): 76/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.5°C

Motivo de consulta:

Paciente gestante acude a su 4to control prenatal, no refiere ninguna molestia.

Trae ecografía 06-01-20 con: Dx. Feto único vivo cefálico de 19 semanas, Ponderado fetal adecuado para la edad gestacional.

Apetito: Normal, Sed: Normal, Sueño: Norma, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Conjuntivas: Rosadas
- Mucosas Orales: húmedas
- Mamas: Sin particularidad
- Abdomen: Blando / depresible no doloroso, útero grávido. AU: 19 cm; feto indiferente; LCF: 150x'; Movimientos fetales (++).
- Miembros inferiores: Sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 23 semanas.
2. Adecuada ganancia de peso.
3. Administración de micronutrientes.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 horas x 30 días.

Próxima cita: 28/02/2020

Consulta nutricional:

Fecha: 28/01/20

Se brinda consejería nutricional.

Peso: 57 kg

Talla: 1.63 m

Diagnóstico:

- Adecuado peso.

Tratamiento

- Dieta hiperproteica.
- Continuar con el sulfato ferroso diario via oral.

Visita domiciliaria: salud familiar

Fecha: 30/01/2020

Hora: 11:00.

Motivo de consulta

Se realiza visita domiciliaria a gestante, se encuentra junto a su pareja, no refiere ninguna molestia. Se le brinda educación en signos de alarma en la gestación.

Examen físico:

Visita Domiciliaria Efectiva.

Diagnóstico:

1. Visita Familiar Integral
2. Educación en signos de alarma en la gestación.

Visita domiciliaria: nutricional

Fecha: 30/01/2020

Motivo de consulta:

- Visita Domiciliaria.
- Consejería Nutricional.

Diagnóstico:

1. Peso adecuado para la edad gestacional.

Tratamiento

- Dieta hiperproteica.
- Consumir su hierro todos los días.

5to control prenatal:

Fecha: 28/02/2020

Hora: 12:24.

Triage:

Peso: 59,7 kg Talla: 1,63 m

Presión arterial (PA): 90/65 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 80/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.0°C

Motivo de consulta:

Gestante acude a consultorio obstétrico, para atención.

Al interrogatorio: refiere no presentar molestias, no signos de alarma de la gestación.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: AREG, LOTEP

- Piel y Mucosas: T – H – E
- Conjuntivas: Rosadas.
- Mamas: Blando, con pezones no formados.
- Abdomen: útero grávido, ocupado por feto único vivo con AU: 22 cm; feto en LCD; Movimientos fetales (++), D.U(-).
- Genitales: No pérdida de líquido amniótico, no pérdida de sangrado vaginal.

Diagnóstico:

1. Gestante de 27 semanas por FUM.
2. Ganancia de peso adecuado.
3. Consejería Nutricional.
4. Administración de sulfato ferroso.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 horas
x 30 días.

Referencia:

Interconsulta con enfermería (vacuna antitetánica).

Próxima cita: 28/03/2020

Servicio de enfermería:

Fecha: 28/02/2020

Hora: 12:24.

Triage:

Peso: 59,7 kg Talla: 1,63 m

Temperatura (T°): 36.0°C

Motivo de consulta

Gestante acude por vacuna.

Examen físico:

ABEG-ABEN-ABEH.

Diagnóstico:

- Se administra vacuna DTP.

Tratamiento:

- Consejería post colocación de vacuna.

Próxima cita: 30/04/2020

6to control prenatal:

Fecha: 28/03/2020

Hora: 14:41.

Triage:

Peso: 62,6 kg Talla: 1,63 m

Presión arterial (PA): 90/60 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 80/lpm

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.8°C

Motivo de consulta:

Paciente que acude por CPN, acompañada de pareja. Trae ecografía del 06-03-20 con Dx.: Gestación de 28 semanas.
Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTE

- Abdomen: útero grávido, ocupado por feto único vivo con AU: 26 cm; feto en LCD; LCF: 142/lpm; Movimientos fetales (++).
- Miembros Inferiores: sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 31 semanas por FUR.
2. Alta ganancia de peso.
3. Consejería Nutricional.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 horas x 15 días.

Próxima cita: 11/04/2020

ECOGRAFÍA OBSTETRICA

paciente acude a control con ecografía con fecha 06/03/2020.

al momento del examen se encuentra:

feto único vivo.

situación: longitudinal

presentación: cefálica

posición: izquierda.

morfología fetal, miembros superiores e inferiores, con columna y abdomen, conservados.

evaluación biofísica:

frecuencia cardiaca: 151lpm. tono fetal: actitud tónica

adecuada, con flexión y extensión de miembros, movimientos corporales, más de 3 movimientos al examen.

biometría fetal

diámetro biparietal (dbp): 7.12 cm

circunferencia cefálica (hc): 26.28 cm

longitud de fémur (lf): 5.72 cm

circunferencia abdominal (ac): 22.81 cm

ponderado fetal estimado: 1219 gramos

placenta: ubicación corporal anterior, lateralizado, grannum: ii/iii, grosor 2.97 cm

morfología: conservada, sin alteraciones de pared miometrial. ecoestructura; no se observa presencia de calcificaciones, ni zonas de desprendimiento.

cordón umbilical: 2 arterias y 1 vena

líquido amniótico: anecogénico, homogéneo en cantidad adecuada, pozo máximo de 5.34 cm

fpp: 25 de mayo del 2020

conclusiones:

1. feto único vivo compatible con gestación de 28 semanas y 4 días +/- 07 días
2. ponderado fetal adecuado para edad gestacional.
3. vitalidad fetal conservada
4. placenta homogénea normoinserta

presentación cefálica

7mo control prenatal:

Fecha: 11/04/2020

Hora: 14:48.

Triage:

Peso: 64,2 kg Talla: 1,63 m

Presión arterial (PA): 100/60 mmHg.

Frecuencia cardíaca (FC): 86/lpm

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm

Temperatura (T°): 36.5°C

Motivo de consulta:

Paciente gestante que acude a consulta para su control prenatal. No refiere ninguna molestia.

Apetito: aumentado, Sed: aumentado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas orales: Húmedas.
- Mamas: Sin particularidad.
- Abdomen: blando depresible no doloroso a la palpación, útero grávido, ocupado por feto único vivo con AU: 27 cm, feto en LCI, LCF: 148/lpm, Movimientos fetales (+++).
- Miembros Inferiores: sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 33 semanas con 3 días.
2. Alta ganancia de peso.
3. Administración de micronutrientes.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 horas x 15 días.

Exámenes auxiliares:

- VIH
- RPR
- ECO

Próxima cita 27/04/2020

8vo control prenatal:

Fecha: 27/04/2020

Hora: 17:00.

Triage:

Peso: 64,9 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 100/60 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 84/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.2°C

Motivo de consulta

Paciente acude para control prenatal, actualmente cursa con una gestación de 35 semanas por FUM, no refiere molestias.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP.

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas orales: Húmedas.
- Mamas: pezones formados.
- Abdomen: útero grávido, con AU: 28 cm, feto en LCI, LCF: 150/lpm, Movimientos fetales (++).
- Miembros inferiores: sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 35 semanas por FUR.
2. Alta ganancia de peso.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 horas x 30 días.

Próxima cita 12/05/2020

Visita domiciliaria: Salud familiar

Fecha: 06/05/2020

Motivo de consulta:

Se realiza visita domiciliaria a gestante para realizarle el plan de parto número 3. Niega molestias, se le brinda educación en signos de alarma en la gestación, además sobre posibles causas del contagio del COVID-19.

Examen físico:

Visita Domiciliaria Efectiva.

Diagnóstico:

1. Visita Domiciliaria: Efectiva
2. Plan de Parto (3)

Observación:

Acudirá para CPN 08/05/2020.

Consulta vía telefónica

Fecha: 08/05/2020

Hora: 09:00.

Motivo de consulta:

Se comunica vía telefónica con paciente para hacer la entrega de los resultados de su Segunda Batería de Laboratorio. Hb: 11.3gr/dl, RPR: No reactivo.

Examen físico:

No Aplica.

Diagnóstico:

1. Supervisión del Embarazo con Riesgo
2. Evaluación y Entrega de Resultados.

9no control prenatal:

Fecha: 08/05/2020

Hora: 11:30.

Triaje:

Peso: 65,5 kg Talla: 1,63 m

Presión arterial (PA): 96/64 mmHg.

Frecuencia cardíaca (FC): 90/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.2°C

Motivo de consulta:

Paciente acude para control prenatal. No refiere molestias.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTE

- Abdomen: útero grávido, con AU: 30 cm, feto en LCI, LCF: 142/lpm, Movimientos fetales (++).
- Genitales de nulípara, vello de distribución ginecoide.
- Al tacto: VAEP, sacro excavado, espinas ciáticas romas, diámetro biisquiático >8cm, pelvis ginecoide.

Diagnóstico:

1. Gestante de 37 semanas.
2. Alta ganancia de peso.
3. Consejería Nutricional.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 hora x 1 semana.

Próxima cita: 15/05/2020

10mo control prenatal:

Fecha: 15/05/2020

Hora: 16:26.

Triage:

Peso: 67,5 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 110/60 mmHg.

Frecuencia cardíaca (FC): 98/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.4°C

Motivo de consulta:

Paciente acude para control prenatal, refiere que presenta contracciones esporádicas desde las 10. Niega cefalea, no tinnitus, no escotomas centellantes.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTE

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas Orales: Húmedas.
- Mamas: Sin particularidad
- Abdomen: Blando, depresible no doloroso; útero grávido, con AU: 30 cm, feto en LCD, LCF: 148/lpm, Movimientos fetales (++).
- Miembros Inferiores: sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 38 semanas y 1 día.
2. Alta ganancia de peso.

Tratamiento:

Continuar con micronutrientes.

Próxima cita: 21/05/2020

Consulta vía telefónica:

Fecha: 16/05/2020

Hora: 13:40.

Motivo de consulta:

Se realiza seguimiento a gestante vía telefónica. Paciente refiere estar estable, niega molestias. Se le brinda consejería y orientación para el inicio del trabajo de parto.

11vo control prenatal:

Fecha: 22/05/2020

Hora: 11:40.

Triage:

Peso: 69,1 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 100/60 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 80/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.0°C

Motivo de consulta:

Paciente acude para control prenatal, actualmente cursa con gestación de 39 semanas por FUR. No refiere molestias.

Ecografía (18/05/20) IDx: Feto en LCD, Peso: 3455 gr, Circular simple de cordón.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas Orales: Húmedas.
- Mamas: Sin particularidad
- Abdomen: útero grávido, con AU: 30 cm, feto en LCD, LCF: 140/lpm, Movimientos fetales (++).
- Miembros Inferiores: Sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 39 semanas.
2. Alta ganancia de peso.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0.4 mg cada 24 hora x 1 semana.

Próxima cita: 29/05/2020

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA

paciente se realiza ecografía el 18/05/2020

hallazgos ecográficos:

al momento del examen se encuentra:

feto único vivo

situación: longitudinal

posición: derecha

presentación: cefálica

sexo: masculino

morfología fetal, miembros superiores e inferiores, columna, abdomen; conservados.

evaluación biofísica:

frecuencia cardiaca: 142 lpm. tono fetal: actitud tónica adecuada, con flexión y extensión, de extremidades. movimientos corporales presentes durante el examen.

biometría fetal:

diametro biparietal (bpd): 9.12 cm

circunferencia cefálica (hc): 32.22 cm

circunferencia abdominal (ac): 33.15 cm

longitud de femúr (fl): 7.48 cm

ponderado fetal: 3455 gr. aprox.

placenta:

ubicación corporal posterior, lateralizado a la izquierda
grannum: iii/iii, grosor: 2.40 cm.

morfología: conservada, sin alteraciones de pared miometrial.

estructura: se observa presencia de calcificaciones a nivel de placa basal, no hay zonas de desprendimiento.

cordón umbilical: 2 arterias, 1 vena. dando una vuelta alrededor del cuello.

liquido amniótico: anecogénico, homogéneo, pozo máximo de 2.93 cm, en cantidad adecuada.

fpp: 14 de junio del 2020

conclusiones:

1. feto único vivo compatible con gestación de 37 semanas y 4 días +/- 07 días.
2. ponderado fetal adecuado para edad gestacional.
3. vitalidad fetal conservada.
4. placenta normoinsera grado iii.
5. presentación cefálica.
6. circular simple de cordón.

12vo control prenatal:

Fecha: 28/05/2020

Hora: 11:40.

Triage:

Peso: 69,4 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 100/64 mmHg.

Frecuencia cardíaca (FC): 78/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.0°C

Motivo de consulta:

Paciente acude para control prenatal, con una gestación de 39 semanas y 6 días, no refiere molestias.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mamas: pezones formados
- Abdomen: útero grávido, con AU: 32 cm, feto en LCI, LCF:

140/lpm, Movimientos fetales (++).

- Miembros Inferiores: sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestación de 39 semanas y 6 días.

Tratamiento:

Continuar con micronutrientes.

Referencia:

Se le entrega Referencia para Hospital.

Próxima cita: 04/06/2020

13vo control prenatal:

Fecha: 01/06/2020

Hora: 09:15.

Triage:

Peso: 69 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 110/60 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 86/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.5°C

Motivo de consulta:

Paciente gestante acude a consulta por dolor tipo contracción desde la 01:00, con pérdida de tapón mucoso, no cefalea, no tinnitus, no escotomas centellantes.

Apetito: Conservado, Sed: Conservado, Sueño: Conservado, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTE

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas Orales: Húmedas
- Mamas: sin particularidad.
- Abdomen: blando, depresible no doloroso, útero grávido,

con AU: 31 cm, feto en LCD, LCF: 138/lpm, Movimientos fetales (+++).

- Genitales: al tacto vaginal se encuentra D: 1cm, B: 90%, AP: -2.
- Miembros Inferiores: sin edema.

Diagnóstico:

1. Gestante de 40 semanas y 1 días por FUR.

Tratamiento: Continuar con micronutrientes.

Atención del trabajo de parto:

Fecha: 01/06/2020

Hora: 19:20

Paciente gestante acude al establecimiento de salud con dolor tipo contracción, refiere que es más intenso. AU:31 cm, feto en LCD, con LCF 132x'. Al tacto VAEP con AP: -2, cuello uterino posterior.

Se va a casa a descansar.

Hora: 23:30

Se recibe llamada telefónica, refiriendo que el dolor es mayor, por lo cual se le indica acudir al establecimiento para ser evaluada, se procede a examinar encontrando feto en LCD: 138/lpm, DU: 2/10/2025. Al tacto se encuentra cuello uterino posterior con D: 2cm, B: 80%, AP: -2.

Fecha: 02/06/2020

Hora: 00:42

DU: 2/10/25 LCF: 136/lpm.

Hora: 03:45

DU: 3/10/30 LCF: 148/lpm.

Al tacto: D: 3cm, B: 100%, AP: -2, en proceso de centralización.

Hora: 05:50

DU: 3/10/30 LCF: 152/lpm.

Al tacto: D: 4cm, B:100%, AP: -2.

Hora: 6:50

DU: 3/10/40 LCF: 145/lpm.

Al tacto: D: 6cm, B: 100%, AP: -2.

Hora: 7:50

DU: 3/10/40 LCF: 135/lpm.

Al tacto: 7cm, B: 100%, AP: -2.

Hora: 8:36

Se produce ruptura de membranas se observa líquido amniótico claro.

Hora: 8:50

DU: 3/10/45 LCF: 145/lpm.

Al tacto: 9cm, B:100%, AP: -2.

Hora: 9:50

DU: 3/10/45 LCF: 140/lpm.

Al tacto: 10cm B:100%, AP: -1.

Hora: 10:15

Se produce parto eutócico, feto en posición compuesta con mano, circular simple de cordón no ajustable al cuello, sangrado genital de 300 c.c. aprox., placenta completa de 600 gr., cordón umbilical largo de 70 cm, realizándole una episiotomía.

Producto de sexo masculino:

- APGAR: 7', 10'
- EDAD GESTACIONAL: 40 semanas.
- Peso: 3358 gr
- Talla: 50 cm
- PC: 32 cm
- PT: 36 cm
- PA: 34 cm

El trabajo de parto tuvo una duración de 6 horas y 30 min.
El periodo de alumbramiento tuvo una duración de 15 min.
Parto atendido por Obstetra.

Fecha: 03/06/2020

Hora: 07:40.

Paciente puérpera de ayer que paso la noche estable.

Apetito: Conservado Sed: Aumentada Sueño: Conservado

Estado de ánimo: Conservado Orina: Normal

Deposiciones: Normal. Al examen físico: ABEG – LOTEP.

Paciente deambulando normalmente, AU: 12 cm con sangrado escaso.

Diagnostico:

Puérpera inmediata.

Recién nacido sano.

Tratamiento:

- LME
- Higiene Perineal.

1er control puerperio

Fecha: 08/06/2020 Hora: 16:30 hrs.

Triage:

Peso: 61 kg Talla: 1,63 m

Presión arterial (PA): 100/70 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 86/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.4°C

Motivo de consulta:

Paciente acude a consulta para primer control de puerperio.

Niega molestias

Apetito: Conservado Sed: Aumentada, Sueño: Conservado,

Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo:

Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEF

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas Orales: Húmedas
- Mamas: Presencia de secreción láctea
- Abdomen: blando depresible no doloroso, útero contraído AU: 8cm.
- Genitales: loquios sanguinolentos en escasa cantidad.
- Miembros Inferiores: Sin edemas.

Diagnóstico:

1. Control de Puerperio (1)
2. Administración de micronutrientes.
3. Plan de parto (TA)
4. Consejería en la importancia de la lactancia materna.

Tratamiento:

Sulfato Ferroso 60 mg + Ácido Fólico 0,4 mg x 30 días

Cita: 02-07-2020

2do control d puerperio:

Fecha: 11/07/2020 Hora: 11:11.

Triage:

Peso: 60,4 kg Talla: 1,63 m.

Presión arterial (PA): 100/60 mmHg.

Frecuencia cardiaca (FC): 86/lpm.

Frecuencia Respiratoria (FR): 20/rpm.

Temperatura (T°): 36.5°C

Motivo de consulta:

Paciente puérpera que acude acompañada de pareja y su menor hijo. Niega molestias.

Apetito: Conservado, Sed: Aumentada, Sueño: Normal, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Mamas: con secreción láctea en regular cantidad.
- Abdomen: útero intrapélvico.
- Genitales: no se evidencia presencia de sangrado.

Diagnóstico:

1. Control de Puerperio (2)
2. Plan de Atención Integral (TA).
3. Orientación y Consejería en Planificación Familiar.
4. Administración de método de barrera.

Tratamiento:

Administración 10 preservativos.

Cita: 11-08-2025

Servicio de planificación familiar:

Fecha: 05/08/2020 Hora: 12:10.

Triaje:

Peso: 61 kg Talla: 1,63 m

Motivo de consulta:

Paciente acude por método de planificación familiar, usuaria de preservativo, quiere cambiar de método.

FUM: 01/08/2020 G1P1001

Apetito: Aumentado, Sed: Aumentado, Sueño: Normal, Orina: Normal, Deposiciones: Normal, Estado de ánimo: Normal.

Examen físico:

Al examen físico general: ABEG, LOTEP

- Conjuntivas: Rosadas.
- Mucosas Orales: Húmedas

- Mamas: sin particularidad.
- Abdomen: blando perezoso no doloroso.

Se coloca inyectable medroxiprogesterona 150 mg. IM

Diagnóstico:

1. Atención en Planificación Familiar
2. Administración de método inyectable trimestral.

Tratamiento:

Medroxiprogesterona 150 mg.

3.1.7. Exámenes auxiliares

Tabla 1

Examen completo de orina

Fecha.: 30/10/2019

Hora: 13:59

ESTUDIO	RESULTADO	VALORES REFERENCIALES
EXAMEN COMPLETO DE ORINA		
EXAMEN FÍSICO		
COLOR	AMARILLO	AMARILLO CLARO
ASPECTO	TURBIO	TRANSPARENTE
PH	6.5	5.0 – 7.0
DENSIDAD	1.015	1010-1020
SEDIMENTO URINARIO		
LEUCOCITOS	4 – 6 x campo	Negativo
CÉLULAS	14 – 17 x campo	Negativo
CILINDROS	-	Negativo
HEMATÍES	1 – 2x campo	Negativo
CRISTALES	Oxalato de Calcio (+)	Negativo
BACTERIAS	+	Negativo
PIOCITOS	0 – 1 x campo	Negativo
OTROS	Levadura Escasa	

Fuente: Historia Clínica

Tabla 2

Hematología

Fecha: 30/10/2019

Hora: 13:59

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
HEMATOLOGÍA			
HEMOGLOBINA	11.7	g%	
HEMATOCRITO	35	%	
GRUPO SANGUÍNEO	O		
FACTOR RH	+		

Fuente: Historia clínica

Tabla 3*Examen de glucosa***Fecha:** 30/10/2019**Hora:** 13:59

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	INTERVALOS DE REFERENCIA
GLUCOSA			
Glucosa	88.3	Mg / dl	74 – 106

Fuente: Historia clínica

Tabla 4*Hematología***Fecha:** 07/05/2020**Hora:** 13:36

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
HEMATOLOGÍA			
HEMATOCRIT O	34	%	36 – 48
HEMOGLOBIN A	11.3	Gr / dl	11.00 – 15.00

Fuente: Historia Clínica

Tabla 5*Hematología***Fecha:** 03/06/2020**Hora:** 11:11

ESTUDIO	RESULTADO	UNIDADES	VALORES REFERENCIALES
HEMATOLOGÍA			
HEMATOCRIT O	37	%	36 – 48
HEMOGLOBIN A	12.3	Gr/ dl	11.00 – 15.00

Fuente: Historia Clínica

Tabla 6*Ecografía obstétrica – Primer trimestre*

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	23/09/2019	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Transvaginal	
ÚTERO	RETROVERSO Posición Medial Bordes Regulares Miometrio Homogéneo	Saco Gestacional de 0.30 cm, no marca tiempo por ser pequeño. Reacción coriodecidual normal.	Gestación Inicial
OVARIOS	DERECHO	NORMAL	
	IZQUIERDO	NORMAL	
DOUGLAS	FONDO DE SACO	LIQUIDO LIBRE ESCASO	
Conclusión	Saco Gestacional pequeño de 0.30 cm, el cual no marca tiempo.	EMBARAZO DE 4 SEMANAS.	

TABLA 7*Ecografía obstétrica – Primer trimestre*

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	17/10/2019	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Transvaginal	
ÚTERO	Anteflexión, bordes regulares, tamaño aumentado, parénquima homogéneo.	Saco Gestacional de bordes regulares, implantado a nivel de fondo uterino se evidencia embrión con latidos cardiacos. SG: 4.39CM LCN: 1.61 CM	
ANEXOS	OVARIO DERECHO	Desplazados por crecimiento uterino.	
	OVARIO IZQUIERDO		
FPP	23/05/2020		
Conclusión	GESTACIÓN MENOR DE 8 SEMANAS Y 5 DÍAS +/- 7 DÍAS.		

Tabla 8*Ecografía obstétrica – Tercer trimestre*

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	06/03/2020	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Convexo	
Posición Fetal	SPP (Situación, Posición, Presentación)	Situación Longitudinal – Presentación Cefálica	Posición izquierda (LCI).
	LCF (Latido Cardíaco Fetal)	151 latidos por minuto	Ritmo regular.
Biometría Fetal	DBP (Diámetro Biparietal)	7.12 cm	
	HC (Circunferencia Cefálica)	26.28 cm	
	AC (Circunferencia Abdominal)	22.81 cm	
	LF (Longitud Femoral)	5.72 cm	
	Peso Fetal Estimado (PFE)	1,219 g	Percentil adecuado para la edad gestacional.
Anexos	Placenta	Corporal posterior, Grado II/III Grosor: 2.97 cm	Sin signos de desprendimiento ni inserciones anómalas.
	Líquido Amniótico (LA)	ILA: 8 cm	Rango normal bajo (Criterios ISUOG).
	Pozo Mayor	5.34 mm	
	Cordón Umbilical	2 arterias y 1 vena. No se evidencia circular de cordón.	
Conclusión	Edad Gestacional por BF	28 semanas y 4 días	
	PLACENTA	Conservada	
	LA	Volumen Conservado	
	PFE	Adecuado para EG	

Tabla 9*Ecografía obstétrica – Tercer trimestre*

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	18/05/2020	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Convexo	
Posición Fetal	SPP (Situación, Posición, Presentación)	Situación Longitudinal – Presentación Cefálica	Posición derecha (LCD).
	LCF (Latido Cardíaco Fetal)	142 latidos por minuto	Ritmo regular.
Biometría Fetal	DBP (Diámetro Biparietal)	9.12 cm	
	HC (Circunferencia Cefálica)	32.22 cm	
	AC (Circunferencia Abdominal)	35.15 cm	
	LF (Longitud Femoral)	7.48 cm	
	Peso Fetal Estimado (PFE)	3455 g	Percentil adecuado para la edad gestacional.
Anexos	Placenta	Corporal posterior, Grado II/III Grosor: 2.97 cm	Sin signos de desprendimiento ni inserciones anómalas.
	Líquido Amniótico (LA)	ILA: 8 cm	Rango normal bajo (Criterios ISUOG).
	Pozo Mayor	5.34 mm	
	Cordón Umbilical	2 arterias y 1 vena. No se evidencia circular de cordón.	
Conclusión	Edad Gestacional por BF	28 semanas y 4 días	
	PLACENTA	Conservada	
	LA	Volumen Conservado	
	PFE	Adecuado para EG	

3.1.8. Información del Recién Nacido

NOMBRE DE LA MADRE: E.C.M.T

APELLIDOS DEL RECIEN NACIDO: S.M

FECHA DE PARTO: 02-06-2020

HORA: 10:15.

SEXO: MASCULINO

PESO: 3358 gr.

TALLA: 50cm

P.C: 32cm.

P.T: 36cm

P.A: 34cm

EDAD GESTACIONAL (CAPURRO): 40 SS

APGAR: 7 – 10

CONTACTO PIEL A PIEL: SI

LACTANCIA MATERNA EXCLUSIVA: SI

Evaluated por médico de turno.

Epicrisis/situación familiar

Filiación: Paciente gestante de 20 años, con seguro integral de salud, con fecha de inicio de sus controles prenatales 28/10/2019 a las 10:00, atención de parto el 02/06/2020 a las 10:15.

Resumen Anamnesis: Acude al servicio de obstetricia para iniciar sus controles prenatales. Niega signos de alarma del embarazo.

Examen clínico: Al examen: ABEG, ABEH, LOTEPE, mamas con secreción calostroal escasa, abdomen globuloso, altura uterina 31 cm, frecuencia cardiaca fetal 140 lpm, sin dinámica uterina, movimientos fetales ++, genitales sin particularidades, al tacto vaginal: cérvix posterior, dehaciente: 1 dedo, Borramiento: 70%, altura de presentación: flotante, no perdida de líquido, no perdida de sangrado.

Diagnóstico de ingreso:

- Gestante de 40 semanas.
- Trabajo de Parto: Fase Latente.

Exámenes auxiliares: Hemograma, examen de orina, perfil de coagulación, glucosa, urea.

Tratamiento: Hidratación con solución salina, hospitalización, repetir NST.

Evolución: favorable.

Diagnóstico final

1. Puérpera mediata por parto Eutócico.
2. RN único vivo.

Condiciones del Alta: Mejora

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En el presente caso clínico, se analiza a una gestante que realizó 13 controles prenatales y tuvo un parto institucional, evidenciando una adecuada adherencia al control prenatal. Sin embargo, en el contexto de la pandemia, se identificaron limitaciones en la realización del esquema ecográfico completo, particularmente la ausencia de la ecografía morfológica del segundo trimestre. A pesar de ello, se efectuaron cuatro ecografías obstétricas en momentos clínicamente relevantes, lo que permitió un seguimiento evolutivo adecuado del embarazo.

Las recomendaciones de la International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology y del American College of Obstetricians and Gynecologists señalan que la ecografía obstétrica permite una datación precisa de la edad gestacional, la evaluación anatómica fetal y la vigilancia del crecimiento fetal, contribuyendo a la detección temprana de complicaciones obstétricas (2), (3). En la historia clínica revisada, las ecografías realizadas permitieron confirmar la viabilidad fetal en el primer trimestre, evaluar el crecimiento fetal y estimar el peso fetal en el tercer trimestre, facilitando el seguimiento evolutivo del embarazo y la adecuada planificación obstétrica. Asimismo, al comparar el manejo observado con la normativa nacional, se evidencia concordancia con lo establecido por el Ministerio de Salud del Perú, que reconoce a la ecografía obstétrica como parte de las evaluaciones complementarias del control prenatal y recomienda su realización en momentos clave del embarazo para la valoración de la edad gestacional, la anatomía fetal y el crecimiento intrauterino (4). Durante el periodo de pandemia, se priorizó la continuidad de los servicios esenciales de salud materna, incluyendo el control prenatal y las evaluaciones ecográficas necesarias para la vigilancia del bienestar fetal (4), (5). Desde una perspectiva crítica, el caso evidencia que el valor clínico de la ecografía obstétrica no depende exclusivamente de su número, sino de su

oportunidad y pertinencia dentro del control prenatal. A pesar de contar con un adecuado número de controles prenatales, la ausencia de una evaluación ecográfica clave como la ecografía morfológica representa una limitación importante en la detección temprana de anomalías estructurales. No obstante, la realización de ecografías en momentos estratégicos permitió mantener una adecuada vigilancia del desarrollo fetal, lo cual coincide con lo descrito en la literatura internacional (2), (3).

En relación con la frecuencia y tipo de ecografías realizadas, la gestante se sometió a cuatro evaluaciones ecográficas durante la gestación: dos en el primer trimestre orientadas a la confirmación del embarazo y la viabilidad embrionaria, una al inicio del tercer trimestre para la evaluación del crecimiento fetal y una última ecografía para la estimación del peso fetal previo al parto. No se realizó la ecografía morfológica del segundo trimestre, lo cual representa una desviación del esquema recomendado.

Según las recomendaciones de la International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology, el esquema ideal incluye una ecografía de datación temprana, una ecografía morfológica entre las 18 y 24 semanas y una evaluación del crecimiento fetal en el tercer trimestre según indicación clínica (23). En este caso, si bien se cumplió con la confirmación temprana y la evaluación del crecimiento fetal, la ausencia de la ecografía morfológica constituye una limitación relevante en el control prenatal.

Desde un enfoque crítico, este hallazgo refleja que, a pesar de una adecuada adherencia a los controles prenatales, pueden persistir brechas en el acceso o en la indicación de estudios ecográficos clave, especialmente en contextos de emergencia sanitaria.

En cuanto a los hallazgos ecográficos, las primeras evaluaciones permitieron confirmar la localización intrauterina del embarazo y la viabilidad embrionaria mediante la identificación de embrión activo y actividad cardíaca fetal. Posteriormente, la ecografía del tercer trimestre permitió evaluar el crecimiento fetal y la localización placentaria, mientras que la última ecografía permitió estimar el peso fetal previo al nacimiento.

Estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura, donde se establece que la ecografía obstétrica permite evaluar de manera integral el desarrollo fetal, desde la confirmación de la viabilidad hasta la estimación del peso fetal, siendo una herramienta clave en la toma de decisiones clínicas (4), (23).

Asimismo, la estimación ecográfica del peso fetal presentó una diferencia aproximada de 100 gramos respecto al peso real al nacer, lo cual se encuentra dentro del margen de error aceptado internacionalmente ($\pm 10\%$), evidenciando adecuada precisión diagnóstica.

En relación con la realización oportuna de ecografías obstétricas y los resultados perinatales, el presente caso evidencia que, a pesar de no contar con un esquema ecográfico completo, la realización de evaluaciones en momentos clínicamente relevantes permitió un adecuado seguimiento del bienestar fetal y una planificación obstétrica segura.

En este contexto, los resultados perinatales fueron favorables. Se obtuvo un recién nacido de sexo masculino, con peso de 3358 gramos, talla de 50 cm y edad gestacional de 40 semanas según el método de Capurro, lo cual corresponde a un recién nacido a término y adecuado para la edad gestacional. Asimismo, presentó un puntaje de Apgar de 7 al primer minuto y 10 a los cinco minutos, evidenciando una adecuada adaptación neonatal. Además, se estableció contacto piel a piel inmediato y lactancia materna.

exclusiva, prácticas que contribuyen significativamente al bienestar neonatal.

La estimación ecográfica del peso fetal mostró una diferencia aproximada de 100 gramos respecto al peso real al nacer, lo cual se encuentra dentro del margen de error aceptado internacionalmente ($\pm 10\%$), evidenciando una adecuada precisión diagnóstica. Estos hallazgos coinciden con lo descrito en la literatura, donde se señala que la ecografía obstétrica permite la evaluación del crecimiento fetal y la planificación del parto, contribuyendo a mejores resultados perinatales (8),(9),10).

No obstante, desde una perspectiva crítica, la ausencia de la ecografía morfológica del segundo trimestre limita la capacidad de descartar anomalías estructurales fetales, lo que representa una brecha en la evaluación integral del embarazo. Por tanto, si bien en este caso los resultados perinatales fueron favorables, ello no excluye la necesidad de garantizar el cumplimiento completo del esquema ecográfico, a fin de optimizar la detección precoz de posibles complicaciones y mejorar la calidad de la atención prenatal.

CONCLUSIONES

1. La ecografía obstétrica fue fundamental en la atención integral de la gestante, ya que permitió un seguimiento secuencial y clínicamente útil del embarazo. Estos hallazgos demuestran que, incluso durante la pandemia por COVID-19, la ecografía constituyó una herramienta esencial para la vigilancia materno-fetal.
2. La gestante se realizó cuatro ecografías obstétricas durante la gestación: dos ecografías en el primer trimestre orientadas a la confirmación del embarazo y viabilidad embrionaria, una ecografía al inicio del tercer trimestre para la evaluación del crecimiento fetal, y una última ecografía en etapas finales de la gestación para la estimación del ponderado fetal previo al parto.
3. Los hallazgos ecográficos obtenidos permitieron confirmar la viabilidad gestacional mediante la identificación del embrión y la presencia de actividad cardíaca fetal en el primer trimestre. Asimismo, en etapas posteriores del embarazo, se evaluaron parámetros específicos del desarrollo fetal, tales como la biometría fetal (diámetro biparietal, circunferencia cefálica, circunferencia abdominal y longitud femoral), la localización placentaria, la cantidad de líquido amniótico y la estimación del peso fetal. Estos resultados evidencian la utilidad diagnóstica de la ecografía obstétrica en la valoración integral del embarazo.
4. La relación entre la realización oportuna de ecografías obstétricas y los resultados perinatales se evidenció en este caso a través de la vigilancia continua del desarrollo fetal y la ausencia de complicaciones neonatales relevantes. A pesar de las limitaciones impuestas por la pandemia, la realización de ecografías en momentos clínicamente estratégicos permitió mantener un seguimiento adecuado del bienestar fetal.

RECOMENDACIONES

1. Al jefe del establecimiento optimizar la ecografía obstétrica como eje central del control prenatal reenfocado, garantizando su realización oportuna desde el diagnóstico prenatal hasta el parto, especialmente en contextos de emergencia sanitaria, dado su valor demostrado para la vigilancia del crecimiento fetal, la evaluación del bienestar materno-fetal y la planificación del parto.
2. Al médico jefe de establecimiento garantizar el cumplimiento de protocolos institucionales que definan claramente el número y momento óptimo de ecografías obstétricas en escenarios de limitación sanitaria, priorizando aquellas con mayor impacto clínico (datación temprana, morfológica y evaluación de crecimiento). Además, se sugiere implementar auditorías periódicas que evalúen no solo la cobertura, sino la pertinencia y oportunidad de los estudios realizados.
3. A los profesionales obstetras y médicos ginecoobstetras que participan en la atención prenatal, reforzar la actualización continua en la identificación e interpretación de los hallazgos ecográficos obstétricos de mayor relevancia clínica, con el propósito de reconocer oportunamente alteraciones en el crecimiento fetal, la estimación del peso fetal, la localización placentaria y otros parámetros vinculados al bienestar materno-fetal y a la toma de decisiones obstétricas.
4. A las profesionales obstetras, fortalecer la indicación oportuna y el seguimiento del cumplimiento del esquema ecográfico durante la gestación, priorizando las evaluaciones obstétricas realizadas en etapas clínicamente relevantes del embarazo, por su importancia en la vigilancia del crecimiento fetal, la detección temprana de riesgos perinatales y la planificación obstétrica segura, incluso en contextos de emergencia sanitaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549912>
2. World Health Organization. Maintaining essential health services: operational guidance for the COVID-19 context: interim guidance, 1 June 2020. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/WHO-2019-nCoV-essential_health_services-2020.2
3. World Health Organization. Continuing essential sexual, reproductive, maternal, neonatal, child and adolescent health services during COVID-19 pandemic: operational guidance for South and South-East Asia and Pacific Regions. Geneva: World Health Organization; 2020. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/SRMNCAH-Covid>
4. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo C, Hernandez-Andrade E, Johnsen SL, et al. Practice guidelines for performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2020;55(5):715-723.
5. Salomon LJ, Sotiriadis A, Wulff CB, Odibo A, Akolekar R. Risk of miscarriage following SARS-CoV-2 infection or COVID-19 vaccination. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60(3):305-314.
6. Di Girolamo R, Khalil A, Rizzo G. Role of obstetric ultrasound in maternal-fetal surveillance during the COVID-19 pandemic. *J Perinat Med.* 2022;50(6):685-692.
7. Chmielewska B, Barratt I, Townsend R, Kalafat E, van der Meulen J, Gurol-Urganci I, et al. Effects of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health.* 2021;9(6):e759-e772.
8. Allotey J, Stallings E, Bonet M, Yap M, Chatterjee S, Kew T, et al. Clinical manifestations, risk factors, and maternal and perinatal outcomes of coronavirus disease 2019 in pregnancy: living systematic review and meta-analysis. *BMJ.* 2020;370:m3320. Available from: <https://www.bmj.com/content/370/bmj.m3320>
9. Villar J, Ariff S, Gunier RB, Thiruvengadam R, Rauch S, Kholin A, et al. Maternal and neonatal morbidity and mortality among pregnant women with and without COVID-19 infection: the INTERCOVID multinational cohort study. *JAMA Pediatr.* 2021;175(8):817-826. doi:10.1001/jamapediatrics.2021.1050.
10. Wei SQ, Bilodeau-Bertrand M, Liu S, Auger N. The impact of COVID-19 on pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *CMAJ.* 2021;193(16):E540-E548. doi:10.1503/cmaj.202604.
11. Khalil A, Kalafat E, Benlioglu C, O'Brien P, Morris E, Draycott T, et al. SARS-CoV-2 infection in pregnancy: a systematic review and meta-analysis of clinical features and pregnancy outcomes. *EClinicalMedicine.* 2020;25:100446.

12. Salomon LJ, Ville Y, Rozenberg P. Ultrasound and quality of antenatal care. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;60(2):155-162.
13. Susu B, Adu PA, Mensah K, et al. Prenatal ultrasound utilization and associated factors in low- and middle-income countries. *Front Digit Health.* 2025;7:1547547.
14. Huicho L, Segura ER, Tamayo J, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on maternal health services and maternal mortality in Peru. *Lancet Reg Health Am.* 2024;27:100621.
15. Ministerio de Salud del Perú. Mortalidad materna en el contexto de la COVID-19. Lima: Ministerio de Salud; 2022.
16. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima: Ministerio de Salud; 2013. Resolución Ministerial N.º 827-2013/MINSA. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/198935-827-2013-minsa>
17. Ministerio de Salud del Perú. Modifican la NTS N.º 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud Materna. Lima: Ministerio de Salud; 2015. Resolución Ministerial N.º 670-2015/MINSA. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/193474-670-2015-minsa>
18. Jorge-Chahuayo M, Vilca-Aponte E, Munares-García O. Atención prenatal en gestantes durante la pandemia COVID-19 en Huancavelica, Perú. *Rev Int Salud Materno Fetal.* 2024;9(3). doi:10.47784/rismf.2024.9.3.341. Available from: <https://ojs.revistamaternofetal.com/index.php/RISMF/article/view/341>
19. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Coronavirus (COVID-19) infection in pregnancy. Version 16.0. London: RCOG; 2022. Available from: <https://www.rcog.org.uk/guidance/coronavirus-covid-19-pregnancy-and-women-s-health/coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy/>
20. American College of Obstetricians and Gynecologists. COVID-19 FAQs for obstetrician-gynecologists, obstetrics. Washington (DC): American College of Obstetricians and Gynecologists; 2023.
21. Boelig RC, Saccone G, Bellussi F, Berghella V. MFM guidance for COVID-19. *Am J Obstet Gynecol MFM.* 2020;2(2):100106.
22. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. London: ISUOG; 2022. Available from: <https://www.isuog.org/resource/isuog-practice-guidelines-updated-performance-of-the-routine-mid-trimester-fetal-ultrasound-scan.html>
23. Salomon LJ, Alfirevic Z, Berghella V, Bilardo CM, Chalouhi GE, Da Silva Costa F, et al. ISUOG Practice Guidelines (updated): performance of the routine mid-trimester fetal ultrasound scan. *Ultrasound Obstet Gynecol.* 2022;59(6):840-856. doi:10.1002/uog.24888.
24. International Society of Ultrasound in Obstetrics and Gynecology. Practice guidelines. London: ISUOG; 2021-2023. Available from: <https://www.isuog.org/clinical-resources/isuog-guidelines/practice-guidelines-english.html>
25. Ministerio de Salud del Perú. Precisan el numeral 2.1 Objetivo General de la NTS N.º 105-MINSA/DGSP-V.01, Norma Técnica de Salud para la

- Atención Integral de Salud Materna. Lima: Ministerio de Salud; 2014. Resolución Ministerial N.º 159-2014/MINSA. Available from: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/197707-159-2014->
26. Kerber KJ, de Graft-Johnson JE, Bhutta ZA, Okong P, Starrs A, Lawn JE. Continuum of care for maternal, newborn, and child health: from slogan to service delivery. *Lancet*. 2007;370(9595):1358-1369.
 27. Creswell JW, Creswell JD. *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 5th ed. Thousand Oaks (CA): SAGE Publications; 2018.
 28. Polit DF, Beck CT. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 11th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2021.
 29. Hulley SB, Cummings SR, Browner WS, Grady DG, Newman TB. *Designing clinical research*. 5th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2022.

ANEXOS

ANEXO 1

ATENCIÓNES PRENATALES

Atenciones prenatales	Atención 1	Atención 2	Atención 3	Atención 4
Fecha y hora de atención	28/10/19	28/11/19	28/12/19	28/01/20
Edad gestacional (semanas)	9,3	13	18	23
Peso materno (kg)	49.800	50.600	53.800	57
Temperatura (°C)	36.0	36.4	36.8	36.5
Presión arterial (mmHg)	90/60	90/60	90/50	90/60
Pulso materno (por min.)	80	78	80	76
Altura uterina (cm.)	NA	10	15	19
Situación (L/T/NA)	NA	NA	IND.	IND.
Presentación (C/P/NA)	NA	NA	IND.	IND.
Posición (D/I/NA)	NA	NA	IND.	IND.
F.C.F. (por minuto/NA)	NA	158	152	150
Mov. Fetal (+/++/+++/SM/NA)	NA	NA	+/++	+++
Proteinuria cualitativa ((+/++/+++ /NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema (+/++/+++ /SE)	SE	SE	SE	SE
Reflejo osteotendinoso (0/+/++/+++)	++	++	++	++
Examen de pezón (formado/no formado/sin examen)	No Form.	No Form.	No Form.	F
Indic. Fierr/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 semanas)	NA	NA	30	30
Indic. Calcio	NA	NA	NA	NA
Indic. Ac. Fólico	30	30	NA	NA
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm. /VIH/BC/no se hizo/NA)	NUT	-	NUT	NUT
EG de Eco control (Sem/no se hizo/NA)	8,5 Sem	-	-	NA
Perfil biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	-	-	-	NA
Cita (a/m/d)	28/11/19	28/12/19	28/01/20	28/02/20
Visita domicil. (si/no/NA)	-	-	-	-
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)	I	-	-	-
Estab. De atención	CS.LP	CS.LP	CS.LP	CS-LP
Responsable de atención	FVQ	N	VB	YVR
Nª Formato SIS	1º	2º	3º	4º

Fuente: Historia clínica

Atenciones prenatales	Atención 5	Atención 6	Atención 7	Atención 8
Fecha y hora de atención	28/02/20	28/03/20	11/04/20	27/04/20
Edad gestacional (semanas)	27,3	31	33,3	35
Peso materno (kg)	59.500	62.600	64.200	64.900
Temperatura (°C)	36.0	36.8	36.5	36.2
Presión arterial (mmHg)	90/65	90/60	100/60	100/60
Pulso materno (por min.)	80	80	86	84
Altura uterina (cm.)	22	26	27	28
Situación (L/T/NA)	L	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	C	C	C	C
Posición (D/I/NA)	D	D	I	I
F.C.F. (por minuto/NA)	148	142	148	150
Mov. Fetal (+/++/+++ /SM/NA)	++	++/+++	+++	++
Proteinuria cualitativa ((+/++/+++ /NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema (+/++/+++ /SE)	SE	SE	SE	SE
Reflejo osteotendinoso (0/+/++/+++)	++	++	++	++
Examen de pezón (formado/no formado/sin examen)	No Form.	Fo Form.	No Form.	No Form.
Indic. Fierr/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 semanas)	30	30	30	-
Indic. Calcio	-	-	-	-
Indic. Ac. Fólico	-	-	-	-
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm. /VIH/BC/no se hizo/NA)	NUT/SSR	NUT/SSR	NUT / PF	NUT
EG de Eco control (Sem/no se hizo/NA)	-	-	-	-
Perfil biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	-	-	-	-
Cita (a/m/d)	28/03/20	11/04/20	26/04/20	12/05/20
Visita domicil. (si/no/NA)	-	-	-	-
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)	II	-	-	-
Estab. De atención	CS. L.P	CS. LP	CS. LP	CS. LP
Responsable de atención	FVQ	VBR	YVR	SNO
Nª Formato SIS	5º	6º	7º	8º

Atenciones prenatales	Atención 9	Atención 10
Fecha y hora de atención	08/05/20	15/53/20
Edad gestacional (semanas)	37	38
Peso materno (kg)	65.500	67.800
Temperatura (°C)	36.2	36.2
Presión arterial (mmHg)	96/64	110/60
Pulso materno (por min.)	90	98
Altura uterina (cm.)	30	30
Situación (L/T/NA)	L	L
Presentación (C/P/NA)	C	C
Posición (D/I/NA)	I	D
F.C.F. (por minuto/NA)	142	148
Mov. Fetal (+/++/+++ /SM/NA)	++	++
Proteinuria cualitativa ((+/++/+++ /NSH)	NSH	NSH
Edema (+/++/+++ /SE)	SE	SE
Reflejo osteotendinoso (0/+/++/+++)	++	++
Examen de pezón (formado/no formado/sin examen)	No Form.	Form.
Indic. Fierr/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 semanas)	30	30
Indic. Calcio	-	-
Indic. Ac. Fólico	-	-
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm. /VIH/BC/no se hizo/NA)	NUT	NUT
EG de Eco control (Sem/no se hizo/NA)	34	-
Perfil biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	10/10	-
Cita (a/m/d)	15/05//20	21/05/20
Visita domicil. (si/no/NA)	Si	-
Plan Parto (control/visita/no se hizo/NA)	III	-
Estab. De atención	CS. L.P	CS. LP
Responsable de atención	VBR	YVR
Nª Formato SIS	9º	10º

PERÚ Ministerio de Salud

No. HC []

☐ = significa ALERTA ☐ = requiere seguimiento continuo

Apellidos y Nombres: []

Establecimiento: C.S. LA PUNTA

Establ. Origen: ☐ No Aplica ☐ Referencia **Tipo Seguro:** ☒ Seguro ☐ Privado

DNI N°: [] **Código Afiliación Seguro:** []

Dirección: [] **Ocupación:** AMP DE CASA **Edad:** 20 años ☒ <15 ☐ >35

Localidad: [] **Estudios:** ☐ Analfabeta ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Superior ☒ Superior No Univ. **Años aprobados:** 3

Departamento: Arequipa **Provincia:** Arequipa **Estado Civil:** ☒ Conyugue ☐ Soltera ☐ Otro **Padre RN:** []

Distrito: LA PUNTA **Teléfono:** [] **Correo electrónico:** []

Antecedentes Obstétricos:

Gestas: ☒ Q ó + 3 ☐ < 2500 g ☐ Múltiple ☐ < 37 sem

Abortos: ☐ Partos ☒ Cesáreas

Vaginales: ☒ Nacidos Vivos ☐ Muerto-1ra Semana ☐ Después-1ra Semana

Nacidos Vivos: ☒ Nacidos Muertos

Viven: ☒ RN de mayor peso: [] g

Gestación Anterior:

Fecha: [] **Terminación:** ☐ Parto Vaginal ☐ Cesárea ☐ Aborto ☐ Ecléptico ☐ Aborto molar ☒ No Aplica

Si fue aborto: ☐ Si ☐ No **Tipo de Aborto:** ☐ Incompleto ☐ Completo ☐ Frustro/Retenido ☐ Séptico ☒ No Aplica

Lactancia Materna: ☐ No hubo ☐ < 6 meses ☐ 6 meses o más ☒ No Aplica

Lugar del parto: ☐ EESS ☐ Domic

Captada: ☒ Si ☐ No **Referida X Ag. Comuni:** ☐ Si ☒ No

Antecedentes Familiares:

☒ Ninguno ☐ Malaria ☐ Hipertensión Arterial ☐ Hipotiroidismo ☐ Neoplasia ☐ TBC Pulmonar ☐ Otros

Antecedentes Personales:

☒ Ninguno ☐ Eclampsia ☐ Enferm. Congénitas ☐ Enferm. Infecciosas ☐ Epilepsia ☐ Hemorra. Postparto ☐ Hipertensión Arterial ☐ Coca ☐ Infertilidad ☐ Neoplasias

Vac. previas:

☒ Rubeola ☐ Si ☐ No ☒ Hepatitis B ☐ Si ☐ No ☒ Papioma Virus ☐ Si ☐ No ☒ Fiebre Amarilla ☐ Si ☐ No

Peso y Talla:

Peso Habitual: 49 Kg. **Talla:** 163 cm.

Antitética: **N° Dosis Previa:** 3 **Dosis:** [] **Sin Dosis:** ☐ **No Dosis:** ☐

Mes de gestación: []

Tipo de sangre:

Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☒

Rh: Rh (+) ☒ Rh (-) Sen Desc. ☐ Rh (-) No Desc. ☐ Rh (+) Sen. ☐

Fuma: **N° Cigarros/día:** []

Drogas: ☐ Si ☒ No

Fecha Última Menstruación:

FUM: 23/8/19 **Duda:** ☐ Si ☒ No

G(Ecografía): 04 **Sem:** 23/9/19 **No Aplica:** ☐ 8.5 sem. 17/10/19

Fecha Probable de Parto: 29/05/2020

Hospitalización:

Hospitalización: ☐ Si ☒ No

Fecha: [] **Diagnóstico:** [] **CIE 10:** []

Emergencia:

Fecha: [] **Diagnóstico:** [] **CIE 10:** []

Violencia / género:

Ficha Tamizaje: ☒ Si ☐ No **Violencia:** ☐ Si ☒ No **Fecha:** 28/10/19

Examen Físico:

Clinico: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Mamas: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Cuello Uterino: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Pelvis: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Odont.: ☐ Sin Examen ☐ Normal ☐ Patológico

Exámenes de Laboratorio:

Hemoglobina 1: 11.7 **Hemoglobina 2:** 11.3 **Hemogl.al Alta:** []

Glicemia 1: 83 **Glicemia 2:** 83 **Tolerancia Glucosa:** []

VDRL/RPR 1: [] **VDRL/RPR 2:** [] **FTA Abs:** [] **TPHA:** []

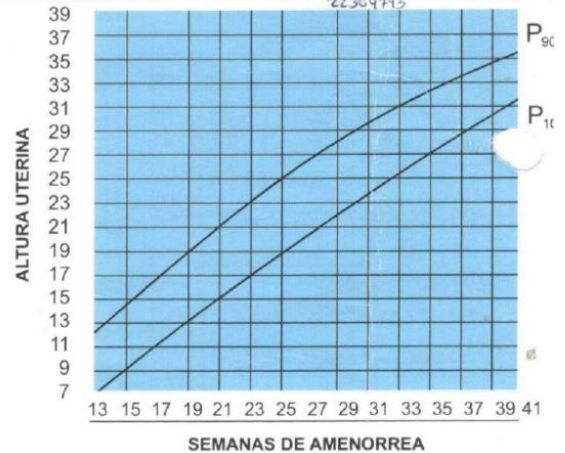
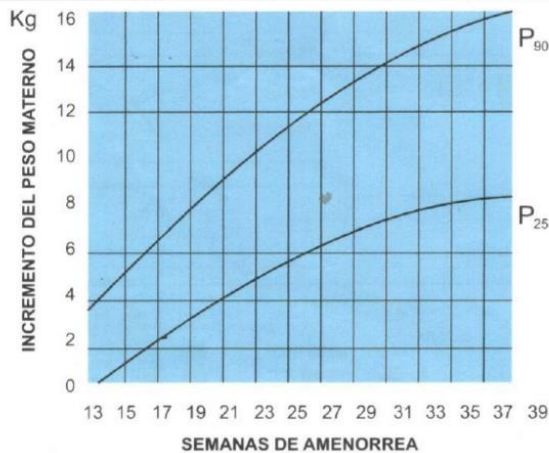
Prueba Ráp Sifilis: [] **VIH Prueba Rápida 1:** [] **Prueba Rápida 2:** [] **ELISA:** []

Fecha: 30/12/19 **IFI / Western Blot:** [] **HTLV I:** [] **TORCH:** [] **Gota Gruesa:** [] **Malaria Prueba Rap.:** [] **Fluorec Malaria:** [] **Ex.Comp.Orina:** [] **Leucocituria:** [] **Nitritos:** [] **Urocultivo:** [] **BK en Espudo:** [] **Listeria:** [] **Tamizaje Hepatitis B:** []

Negativo: [] **Positivo:** [] **No se hizo:** [] **No Aplica:** [] **Fecha:** []

PAP: [] **IVAA:** [] **Colposcopia:** []

ATENCIONES PRENATALES	ATENCION 1	ATENCION 2	ATENCION 3	ATENCION 4	ATENCION 5	ATENCION 6	ATENCION 7	ATENCION 8	ATENCION 9
Fecha y hora atención (a/m/d h:mm)	28/10/19	28/11/19	28/12/19	28/01/20	28/02/20	28/03/20	11/4/20	27/4/20	8/5/20
Edad Gest. (semanas)	4+3	13 sem.	18 S	23 sem.	27 sem.	31 S	33 sem.	35 S	37 S
Peso madre (kg)	49.800	50,6	53,8	57	59.50	62.8	64.2	64.9	65.5
Temperatura (°C)	36 C	36.4	36.8	36.5°C	36 C	36.8	36.5°C	36.2	36.2
Presión arter. (mm.Hg)	90/60	90/60	90/52	90/60	90/65	90/60	100/60	100/60	96/64
Pulso materno (por min.)	80x'	78	80x'	76x'	80x'	80x'	86x'	84	90x'
Altura Uterina (cm)	-	10	15	19 cm	22 cm.	26	29 cm	28	30
Situación (LT/NA)	NP	Ind.	I-d	NP	L	L	L	L	L
Presentación (C/P/NA)	NP	-	-	NP	C	C	C	C	C
Posición (D/I/NA)	NP	-	-	NP	D	D	I	I	I
F.C.F. (por min./NA)	NP	158	152	150x'	148x'	142	148x'	150	142x'
Mov. fetal (+/++/+++/SM/NA)	NP	NA	+ H	++	++	++/H	++	++	++
Proteinuria Cualitativa (+/++/+++/NSH)	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH	NSH
Edema (+/++/+++/SE)	SE	SE	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E	S/E
Reflejo Osteotendinoso (O/+/-/+++)	++	++	++	++	++	++	++	++	++
Examen de Pezón (Formado / No Form / Sin Exam)	No Form.	No F	No F	F	No F	No F	No F	No F	F
Indic. Fierro/Ac. Fólico (mayor o igual a 16 sem)	-	-	SF	SF 2	SF 3	SF 4	SF 5	-	SF 6
Indic. Calcio (mayor o igual a 20 sem)	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Indic. Ac. Fólico	AF1	AF2	-	-	-	-	-	-	-
Orient. Consej. (PF/ITS/Nut/Inm/VIH/TBC/Nose hizo/NA)	Nut.	-	Nut	Nut	Nut/SA	Nut/SA	Nut/LR	Nut	Nut
EG de Eco. Control (Sem/No se hizo/NA)	8.5/10/19	-	NA	NA	NA	28-9/3	-	-	24 24/
Perfil Biofísico (4,6,8,10 de 10/NSH/NA)	NA	NA	NA	NA	NA	70/10	-	-	10/10
Cita (a/m/d)	28/11/19	28/12/19	28-1-20	28-2-20	28/03/20	27-4-20	26-4-20	12/5/20	15-5-20
Visita domicil. (Si/No/NA)	-	NA	NA	-	-	-	-	-	Si
Plan Parto (control/visita/No se hizo/NA)	I	NA	NA	-	-	-	-	-	II
Estab. de la atención	CSLP	CSLP	CSLP	CSLP	CSLP	CSLP	CSLP	CSLP	CSLP
Responsable atención	FUA	Novillo	VBR	VBR	FUA	VBR	VBR	SNO	VBR
Nro Formato SIS	10	200	30	40	50	60	700	800	900



Patologías Maternas (CIE 10) Diagnosticadas

Sin patologías ☐ Fecha: ____/____/____

Otras patologías (CIE 10):

1:

2:

3:

Referencia - Consulta Externa Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha ____/____/____ Establ. Trasl: _____

Referencia - Emergencia Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha ____/____/____ Establ. Trasl: _____

Referencia - Apoyo al Diagnost. Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Fecha ____/____/____ Establ. Trasl: _____

PSICOPROFILAXIS ☐ ESTIMULACION PRE NATAL ☐ PLAN DE PARTO Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ ALOJADA EN CASA DE ESPERA Si ☐ No ☐ No Aplica ☐

HCMP: Atención Prenatal ☐ Aborto ☐ Parto ☒ Producto de la concepción ☐ Hijo Único ☒ Embarazo Múltiple ☐ Orden ☐ Aborto ☐

Ingreso al establecimiento por parto

REFERENCIA AL INGRESO: Si ☐ No ☒ FREC. RESP. 20 TEMP. 36.7 SITUACIÓN: Longitudinal ☒ Transversa ☐ POSICIÓN: Derecha ☒ Izquierda ☐ TAMAÑO FETAL ACORDE: No ☐ Si ☒ INICIO: Espontáneo ☒ Inducido ☐ DILATACIÓN: 04 MEMBRANAS: Rotas ☒ Integra ☐ LIQUIDO AMNIOTICO: Claro ☒ Verde claro ☐ Verde oscuro ☐ PULSO MATERNO: 90 PESO: 65 kg PRESENTACIÓN: Cefálica ☒ Pélvica ☐ ALTURA UTERINA: 31 cm F.C.F.: 148 FECHA RUPTURA: 2/6/2020

Signos y Síntomas de Alerta

Anasarca ☒ Hematuria ☒ Hemorragia Vaginal ☒ Hipotortostática ☒ Escotomas ☒ Ictericas ☒ Epigastralgia ☒ Petequias ☒ Dolor hipocond. der. ☒ Proteinuria ☒

Terminación Fecha: 2/6/2020 10:15

TERMINACIÓN: P. Espontáneo ☒ Fórceps ☐ Vacuum ☐ Cesárea electiva ☐ Cesárea emerg ☐ POSIC. GESTANTE: Horizontal ☒ Vertical ☐ No Aplica ☐ PARTOGRAMA: Si ☒ No ☐ No Aplica ☐ PARTOCON: Si ☒ No ☐ No Aplica ☐ DURACIÓN: Normal ☐ Prolongado ☒ Precipitado ☐ No aplica ☐ MUERTE: No hubo ☒ Durante embarazo ☐ Durante parto ☐ Momento desconocido ☐ EPISIOTOMÍA: Si ☒ No ☐ No Aplica ☐ DESGARROS: No hubo ☒ Grado I ☐ Grado II ☐ Grado III/IV ☐ No aplica ☐ ALUMBRAMIENTO: Activo ☒ Espontáneo ☐ Manual ☐ PLACENTA: Completa ☒ Incompleta ☐ Retenida ☐ LIGADURA CORDÓN: Precz ☒ Temprana ☐ Tardía ☐

Recién Nacido

Sexo: Femenino ☒ Masculino ☐ Indeterminado ☐ Peso: 3350 g <2500g ☐ <1500g ☐ >4000g ☐ P. Cef.: 39 mm P. Tor.: 31 mm Temp.: 36.5 C

Talla: 50 mm

Edad por Ex. Físico: 40 sem <37 ☐ <42 ☐ APGAR: 4-6 9 0-3 7

Peso x Edad Gestacional: Adecuado ☒ Pequeño ☐ Grande ☐ 5' 10

Examen Físico

Hospitaliz. ☒ S. Luética RN ☒ VDR/RPR ☒ Necropsia: Si ☐ No ☒ No Aplica ☐ Alojamiento Conjunto: Si ☒ No ☐ No Aplica ☐ Contado Piel a Piel (LMH) ☒ LME ☒ Si ☐ No ☐ No Aplica ☐ Vacunas RN al Alta: BCG Si ☒ No ☐ Hepatitis B Si ☒ No ☐

Exámenes de Laboratorio

Glicemia: Si ☐ No ☒ No Aplica ☐ Gota Gruesa: Si ☐ No ☒ No Aplica ☐ Gota Fresca: Si ☐ No ☒ No Aplica ☐

Tipo de Sangre antes del Alta

Grupo: A ☐ B ☐ AB ☐ O ☐ No se hizo ☐ Rh: Rh+ ☐ Rh- ☐ No se hizo ☐

Puerperio Inmediato

Horas/días postparto o aborto:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Temperatura:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Pulso (latidos/minuto):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Pres. Arterial max/min. (mm.Hg):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Involución uterina:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Caract. Loquios (Sangrado: Leve, Moderado, Severo):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Herida oper. (abdominal/periné):

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Observaciones:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Corticoides antenatales (28-34sem)

Completo ☐ No recibe ☒ Incompleto ☐ No aplica ☐ SEM. INICIO:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24

Tipo Procedimiento

CESÁREA: Corporal ☐ Segmentaria ☐ No Aplica ☐

Medicación en Parto (ver anexo)

Sin medicación ☐ MEDICACIÓN: 1. 2. 3. MEDICAMENTOS: 1. 2. 3.

Indicación Principal Parto Operatorio

No ☐ hubo ☐

Atención

NIVEL: FONP ☒ FONB ☐ FONE ☐ FONI ☐ Domiciliario ☐ Otro ☐ Médico ☐ Residente Médico ☐ Obstetra ☒ Interno ☐ Enfermera ☐ Téc. de Enfermería ☐ Estudiante ☐ Empírica o paterna ☐ Familiar ☐ Otro ☐

PARTO NEONATO

Responsable de la atención del Parto: Obst U. V. G. M. L. G. (firma y sello)

Responsable de la atención del Neonato: Dr. O. V. G. M. L. G. (firma y sello)

HC RN: **NOMBRE RN:**

Patología Recién Nacido

Sin patologías ☐ Fecha: Otras (CIE10): 1. 2. 3.

Reanimación Respiratoria

No ☐ Sí ☐ Bolsa y Máscara ☐ Reanima. Avanz. ☐ Medicación En reanim. RN: No ☐ Sí ☐

Vitamina K Si ☐ No ☐ **Profilaxis Ocular** Si ☐ No ☐ **Crtl. Puerperio Inmediato** Si ☐ No ☐

Egreso RN

Fecha: Egreso: Sano ☐ Con Patología ☐ Fallece ☐ No Aplica ☐ Dx. Fallecim: Dx. Traslado: Establ. Trasl: Alimento Al Alta: LME ☐ Artificial ☐ Mixto ☐ No Aplica ☐ CUI ☐ Seguro ☐ No ☐

Tamizaje Neonatal

TSH: Si ☐ No ☐ Fibrosis Quística: Si ☐ No ☐ Fenilceto murtia: Si ☐ No ☐ Hiperplasia Suprarrenal: Si ☐ No ☐

Reingreso RN

Reingreso: No ☐ Si ☐ Fecha: Diagnosti.: Fecha Egreso: Egreso: Sano ☐ Con Patología ☐ Fallece ☐ No Aplica ☐ Dx. Fallecim: Dx. Traslado: Establ. Trasl: Fecha: Control RN: Si ☐ No ☐

Egreso Materno

Fecha: Egreso: Sano ☐ Con Patología ☐ Fallece ☐ No Aplica ☐ Dx. Fallecim: Dx. Traslado: Establ. Trasl: Anticonceptivos: Ligadura Tubaria ☐ Anticonc. combinada ☐ Solo (Oral/Condom) ☐ Ninguno ☐ DIU ☐ Progesteron Inyectables ☐ Progesteron Orales ☐ Otro ☐

Reingreso Materno

Reingreso: No ☐ Si ☐ Fecha: Diagnosti.: Fecha Egreso: Egreso: Sano ☐ Con Patología ☐ Fallece ☐ No Aplica ☐ Dx. Fallecim: Dx. Traslado: Establ. Trasl: Fecha: Control: Si ☐ No ☐

INDICACIONES AL ALTA:

FIRMA DEL RESPONSABLE

EPICRISIS:

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

PATOLOGÍA	CÓDIGOS	PATOLOGÍA	CÓDIGOS
ANENCEFALIA Y MALF. CONG. SIMIL.	Q00	KERNICTERUS	P57
ASFIXIA DEL NACIMIENTO	P21	LABIO LEPORINO	Q38
COAG. INTRAVASC. DISEM.	P60	MALFORMACIONES ORGANOS GENITALES	Q50
CONJUNTIVITIS NEONATAL	P391	MALFORMACIONES SIST. CIRCULATORIO	Q20
CONVULSIONES DEL RN	P90	MALFORMACIONES SIST. DIGESTIVO	Q30
DEFORM. CONSENT. CADERA	Q05	MALFORMACIONES SIST. RESPIRATORIO	Q30
DIARREA	A09	MALFORMACIONES SIST. URINARIO	Q60
DUCTUS ARTERIOSO PERSISTENTE	Q250	MEMBRANA HIALINA	P22
EDEMA CEREB. X TRAUMAT. AL NAC.	P110	MENINGITIS	G00
ENCEFALOPATÍA	G01	NEUMONÍA CONGENITA	P23
ENFERMEDAD HEMORR. FETO/RN	P53	ONFALITIS RN C/S HEMORRAG. LEVE	P38
ENFERMEDADES VIRALES CONGENITAS	P35	OTRA PATOLOGÍA DEL RN	P63
ENFIS. INTERS. Y OTRAS PERINAT.	P25	OTRAS AFEC. DE PIEL FETO/RN	P96
ENTEROCO. NECROTIZ. FETO RN	P77	OTRAS AFEC. DEL PERÍODO PERINAT.	P96
ESPIRIA BIFIDA	Q05	OTRAS ALTERA. METAB. ELECTROL. RN	P74
FETO/RN AFFECT. X ANEST. ANALG.	P040	OTRAS APNEAS DEL RN	P284
FETO/RN AFFECT. X CORIOAMNIONITIS	P027	OTRAS ENF. INFECC. PARASIT. CONGEN.	P37
FETO/RN AFFECT. X COMPL. CORD. UMB.	P025	OTRAS HEMORRAGIAS NEONATALES	P54
FETO/RN AFFECT. X COMPL. MATER.	P008	OTRAS MALFORMACIONES	Q29
FETO/RN AFFECT. X OLIGOHIDRAMNIO	P012	OTRAS OBSTRUCC. INTESTINALES RN	P76
FETO/RN AFFECT. X PARTO CON FORCEPS	P032	OTROS TRANSIT. ENDOSC. TRANSIT.	P72
FETO/RN AFFECT. X PARTO CON VENTOSA	P033	OTROS TRANSIT. HEMOTOL. PERINAT.	P61
FETO/RN AFFECT. X POLIHIDRAMNIO	P013	OTROS TRANSIT. PERINAT. DIGESTIVOS	P73
FISURA PALADAR	P024	OTROS TRAUMATISMOS DEL NACIM.	P15
HEMORR. CEREBRAL. TRAUM. AL NAC.	Q35	PERDIDA DE SANGRE FETAL	P50
HEMORR. INTRACRAN. NO TRAUMAT.	P101	PROBLEMA DE INGESTIÓN ALIMENTOS	P92
HEMORR. PULM. PERINAT.	P25	REACC. E INTOXICAC. X DROGAS	P93
HEMORR. UMBILICAL DEL RN	P51	RETARDO CRECIM. Y DESNUT. FETAL	P05
HERNIA INGUINAL	K40	RETINOPATÍA DEL PREMATURO	H05
HIDROCEFALIA	Q03	SEPSIS BACTERIANA DEL RN	P36
HIDROPES FETAL X ENF. HEMOLITICA	P56	SIFILIS CONGENITA	A50
HIPOCALCEMIA NEONATAL	P711	SÍNDROME DE DOWN	C90
HIPOGLUCEMIA NEONATAL	P704	SÍNDROMES DE ASPIRACIÓN NEONATAL	P24
HIPOMAGNESEMIA NEONATAL	P712	TACUINPEA TRANSITORIA	P221
HIPOTENSION SHOCK	R57	TÉTANOS NEONATAL	A33
HIPOTERMIA DEL RN	P80	TRANS. RELAC. CON BPN	P07
HIPOXIA INTRAUTERINA	P20	TRANS. X EMB. PROLONG. Y SOBREPESO	P08
ICTERICIA NEC. X CAUSAS NO ESPECIF.	P58	TRANSIT. CARDIOVASC. PERINAT.	P29
ICTERICIA NEC. X HEMOLISIS EXCESIVAS	P75	TRANSIT. TONO MUSCULAR RN	P94
ILEO MECONIAL	P551	TRAUMA CUERO CABELLUDO AL NACER	P12
INCOMPATIBIL. ABO FETO/RN	P550	TRAUMA ESQUELETO AL NACER	P13
INCOMPATIBIL. RH FETO/RN		TRAUMA SIST. NERVIOSO PERIFÉRICO	P14

Los códigos corresponden a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE 10)

PATOLOGÍA	CÓDIGOS	PATOLOGÍA	CÓDIGOS
ABORTO COMPLETO	O0205	HIPEREMESIS GRAVIDICA LEVE	O210
ABORTO INCOMPLETO	O0290	HIPEREMESIS GRAVIDICA. TRANST. METABOL.	O211
ABORTO NO ESPECIFICADO (INCL. INDUC.)	O06	HTA PREEXISTENTE EMB. PART. PUER.	O10
ABORTO RETENIDO	O021	INCOMPETENCIA DEL CUELLO UTERINO	O343
ABORTO SEPTICO	O080	INFECC. DEL TRACTO GENITAL	O235
ABORTO TERAPEUTICO	O04	INFECC. BOLSA AMNIO. O MEMBRANAS	O411
AMENAZA DE ABORTO	O200	INFECC. DEL TRACTO UTERINARIO	O23
ANEMIA EN EMB. PART. PUER.	O990	INFECC. MAMA ASOCIAD. CPARTO	O91
ANOMALIA CONGENITA DEL UTERO	O340	INFECCIONES PUERPERALES	O86
ANIRRM. DINAM. DEL TDP	O62	INTENTO FALLIDO DE ABORTO	O07
BACTERIURIA ASINTOMÁTICA DEL EMB.	R827	INVERSIÓN DEL UTERO	O112
CANCER CUELLO UTERINO	C53	ISOINMUNIZACIÓN RHESUS	O112
CANCER DE MAMA	C50	MALARIA	O1
CARDIOPATÍA	Z867	MOLA HIDATIFORME	O1
CITOLOGÍA ANORMAL EN CPN	O282	MUERTE INTRAUTERINA	O384
COMP. ANESTES. EN PUERPERIO	O89	MUERTE OBST. X CAUSA NO ESPECIF.	O95
COMP. ANESTES. EN TDP/PARTO	O74	OLIGOHIDRAMNIO	O410
COMPLIC. ANESTESIA EN EL EMB.	O29	OTRA PATOLOGÍA MATERNA	O75
COMPLIC. ESPECÍFICAS DEL EMB. MULTIP.	O31	OTRAS COMP. X TDP/PARTO	O99
COMPLIC. VENOSAS EMBARAZO	O22	OTRAS ENF. MAT. EMB. PART. PUER.	O66
COMPLIC. VENOSAS PUERPERIO	O87	OTRAS OBSTRUCC. DEL TDP	O41
DEFUNCIÓN MATERNA TARDÍA	O96	OTROS TRANS. LIG. AMNIO. Y MEMB.	O40
DESHIDRATACIÓN DE EPISIOTOMIA	O901	PARTO PREMATURO (INCL. AMENAZA)	O44
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	PLACENTA PREVIA	O40
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	POLIHIDRAMNIO	O13
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	PREECLAMPSIA LEVE	O140
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	PREECLAMPSIA MODERADA	O141
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	PREECLAMPSIA SEVERA	O149
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	PREECLAMPSIA. NO ESPECIFICADA	O284
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	RADIOLOGÍA ANORM. EN CPN	P05
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	RCIU	O73
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	RETE. PLACENTAMEMB. X HEMORRAG.	O42
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	RUPTURA PREMATURA MEMBRANAS	O711
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	RUPTURA UTERO EN TDP	O85
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	SEPSIS PUERPERAL	O80
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	SIDA	O981
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	SIFILIS COMPLICANDO EMB. PART. PER.	O142
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	SÍNDROME DE HELLP	X68
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	SUICIDIO	O980
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TBC EMB. PART. PUER.	O64
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TDP OBSTRUCC. X MAL POSIC. FETAL	O65
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TDP OBSTRUCC. X PELVIS ANORMAL	O63
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TDP PROLONGADO	O69
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TDP/PARTO COMPLIC. X CORD. UMBIL.	O68
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TDP/PARTO COMPLIC. X SUPROM. FET.	O43
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TOLERANC. GLUCOSA ANORMAL	O341
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TRANSITORIOS PLACENTARIOS	O113
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TRANSITORIOS PLACENTARIOS	O113
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	TUMOR DEL CUERPO DEL UTERO	O113
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O113
DESHIDRATACIÓN DE SUTURA DE CESÁREA	O900	ULTRASONIDO ANORMAL EN CPN	O113

INDICACIÓN PRINCIPAL POR LO QUE SE REALIZÓ LA CESÁREA

Sin Dato	RETARDO CRECIMIENTO INTRAUTERINO	DESPRENDO, PLACENTA NORMO INSERTA
CESÁREA ANTERIOR	PRETÉRMINO	ROTURA UTERINA
SUFIMIENTO FETAL AGUDO	POSTÉRMINO	TOXEMIA (EPH/GESTOSIS)
DESproporción FETO-PÉLVICA	PRESENTACIÓN PODÁLICA	HERPES GENITAL
ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD	VARIACIONES POSTERIORES	CONDILOMATOSIS GENITAL
PARTO PROLONGADO	SITUACIÓN TRANSVERSA	OTRA ENFERMEDAD MATERNA
FRACASO DE INDUCCIÓN	ROTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	MORTINATO
DESCENSO DETENIDO DE PRESENTAC.	SOSP. O CERTEZA INFECCIÓN OVUL.	AGOTAMIENTO MATERNO
EMBARAZO GEMELAR	PLACENTA PREVIA	OTRA
VII		

MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS	MEDICACIÓN	MEDICAMENTOS
ANESTESIA LOCAL	BUPIVACAÍNA LIDOCAÍNA Y SIMILARES	ANTIHIPERTENSIVO	ANTAGONISTAS DEL CALCIO ATENOLOL CAPTOPRIL HIDRALAZINA NITROGLICERATO DE SODIO	SANGRE	PAQUETE GLOBULAR PLAQUETAS PLASMA DIFENILHIDANTOINA SULFATO DE MAGNESIO AMINAS SIMPATICOMIMÉTICAS AMINOFILINA
ANESTESIA REGIONAL	BUPIVACAÍNA LIDOCAÍNA Y SIMILARES			ANTICONVULSIVANTE	ANTIESPASMODICOS ANTIPROSTAGLANDINAS BETA BLOQUEANTES BETA MIMETICOS BLOQUEANTES MUSCULARES CARDIOTÓNICOS CORTICOIDES CIURÉTICOS HEPARINA INSULINA PROSTAGLANDINAS
ANESTESIA GENERAL	ÉTER HALOTANO KETAMINA CLOR. HIDRATO ÓZIDO NITROSO TIOPENTAL SÓDICO	ANTIBIÓTICO	AMIKACINA AMOXICILINA AMPICILINA AMPICILINA-GENTAMICINA CEFALOSPORINAS CEFALOSPORINAS-AMINOGLUCOC. CLORANFENICOL ERITROMICINA GENTAMICINA METRONIDAZOL PENICILINA PENICILINA-GENTAMICINA PENICILINA-CLORANFE	OTRA MEDICACIÓN	
ANALGES. TRANQUIL	ÁCIDO ACETIL SALICILICO CODEINA DIAZEPAM IBUPROFENO METAMIZOL MORFINA PARACETAMOL PERIDINA (MEPERIDINA)				
OXITOCINA	OXITOCINA				

ANEXO 2

HOJA DE CONTROL DE PUERPERIO

FECHA		02 - 06 - 2020					
CONTROLES VITALES	HORA	11:00	11:30	12:00	12:30	13:00	13:30
	PRESIÓN ARTERIAL	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60	80/60
	PULSO	78x'	78x'	78x'	78x'	78x'	78x'
	RESPIRACIÓN	20x'	20x'	20x'	20x'	20x'	20x'
	TEMPERATURA	36.0°C	36.0°C	36.0°C	36.0°C	36.0°C	36.0°C
	DIURESIS	-	-	-	-	-	-
	RESPONSABLE	-	-	-	-	-	-
EXAMEN PUERPERAL	HORA	-	-	-	-	-	-
	INVOLUCIÓN UTERINA	10 cm	10 cm	10 cm	8 cm	8 cm	8 cm
	MAMAS	-	-	-	-	-	-
	LOQUIOS	Hemát. Normal	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.	Hemát. Esc.
	HERIDA PERINEAL/CESAREA	-	-	-	-	-	-
	RESPONSABLE	-	-	-	-	-	-

Fuente: Historia clínica

ANEXO 3

HOJA DE MONITOREO DEL TRABAJO DE PARTO

FECHA: 01/06/2020												
HORA	GOTEO	LCF	D	B	AP	Dinam/Uter	P/A	P	T°	FCM	Observ.	Resp
19:20		132x'				1/10/25''					MF+/++	
23:30		138x'	2cm	80	-2	2/10/25''					MF+/++	
FECHA: 02/06/2020												
00:42		136x'				2/10/25''					MF+/++	
03:45		148x'	3cm	100	-2	3/10/30''					MF+/++	
05:50		152x'	4cm	100	-2	3/10/30''					MF+/++	
06:50		145x'	6cm	100	-2	3/10/40''					MF+/++	
07:50		135x'	7cm	100	-2	3/10/40''					MF+/++	
08:50		145x'	9cm	100	-2	3/10/45''					MF+/++	
09:50		140x'	10cm	100	-1	3/10/45''						

Fuente: Historia Clínica

ANEXO 4

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA – PRIMER TRIMESTRE

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	23/09/2019	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Transvaginal	
ÚTERO	RETROVERSO Posición Medial Bordes Regulares Miometrio Homogéneo	Saco Gestacional de 0.30 cm, no marca tiempo por ser pequeño. Reacción coriodecidual normal.	Gestación Inicial
OVAROS	DERECHO	NORMAL	
	IZQUIERDO	NORMAL	
DOUGLAS	FONDO DE SACO	LIQUIDO LIBRE ESCASO	
Conclusión	Saco Gestacional pequeño de 0.30 cm, el cual no marca tiempo.	EMBARAZO DE 4 SEMANAS.	

Fuente: Historia Clínica

GLENI SOSA MIRANDA

MEDICO CIRUJANO C.M.P. 2662

ESPECIALISTA EN GINECOLOGIA OBSTETRICA REG. 5420

Todas las enfermedades y cirugía de la especialidad: Partos – cesáreas – Prolapsos Histerectomía – Tumores – Cauterizaciones de
Úlceras – Cirugía General, etc.

ECOGRAFIAS

Ginecológicas – Obstétricas (Mamas, Útero, Ovarios, Embarazo, Tumores quísticos, solidos, etc.)

Otros Órganos (Hígado, Vesícula, páncreas, Bazo, Riñones, Próstata, vejiga, etc.)

URB. ESTIBADORES B – 15 (FRENTE AL PARQUE) FONOS: 532485 - 959609210

ATENCION: 9:00 am A 8:00 pm

Rp.

INFORME ECOGRAFICO:

=====

U.R.- 23.08.19 DICE QUE YA DEBERÍA BAJAR REGLA AL REDEDOR DEL 20 DEL PRESENTE PERO SE HA HECHO 2 PRUEBAS EMBARAZO EN DOMICILIO A SU INTERPRETACIÓN POSITIVA POR QUE HA VISTO 2 RAYAS BIEN ROJAS.

ECOGRAFICAMENTE

Útero retroverso grado II pero de conformación normal.

Posición medial.

Bordes regulares.

Miometrio homogenio.

EN CAVIDAD UTERINA SE VE SACO GESTACIONAL PEQUEÑO QUE MIDE 0.30 CM , QUE NO MARCA TIEMPO TODAVÍA POR SER PEQUEÑO.

REACCIÓN CORIODECIDUAL NORMAL.

Ovarios normales.

Líquido libre escaso pélvis.

Sonda exploradora no despierta dolor pélvico.

CONCLUSIÓN

PEQUEÑO SACO GESTACIONAL DE 0.30 CM PERO QUE TODAVÍA NO MARCA TIEMPO , PODRIAMOS DECIR EMBARAZO DE 4 SEMANAS.

- A. Folio r d.
- ecate 4. x 19

Dr. Gleni Sosa Miranda
C.M.P. 2662

ANEXO 5

ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA – PRIMER TRIMESTRE

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	17/10/2019	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Transvaginal	
ÚTERO	Anteflexión, bordes regulares, tamaño aumentado, parénquima homogéneo.	Saco Gestacional de bordes regulares, implantado a nivel de fondo uterino se evidencia embrión con latidos cardiacos. SG: 4.39CM LCN: 1.61 CM	
ANEXOS	OVARIO DERECHO	Desplazados por crecimiento uterino.	
	OVARIO IZQUIERDO		
FPP	23/05/2020		
Conclusión	GESTACIÓN MENOR DE 8 SEMANAS Y 5 DÍAS +/- 7 DÍAS.		

Fuente: Historia Clínica

CENTRO MEDICO

"ECOMEDIC"

Ecografías, Rayos X, Laboratorio, Medicina Física
y Rehabilitación, Consultas por especialidad
Dirección: Calle Juan B. Arenas 102-A
frente al Hospital Essalud - Mollendo
Telf.: 784719 - Cel.: 95 9361965

ECOGRAFIA OBSTETRICA

17 / 10 / 2019

UTERO en anteflexion, de bordes regulares, tamaño aumentado, parénquima homogéneo, con presencia de saco gestacional de bordes regulares, implantado a nivel de fondo uterino, con adecuada reacción coriódécidual, se evidencia embrión con latido cardiaco presente al momento del examen.

SG: 4.39 cm.
LCN: 1.61 cm

- **Anexos:** desplazados por crecimiento uterino.
FPP: 23 / 05 / 2020

CONCLUSION:

1. **GESTACION MENOR DE 8 SEMANAS 5 DIAS +/- 7 DIAS**

CONTROL ECOGRAFICO EN 30 DIAS


Dra. Gladys Madueño
M.D. G. JANO
40100

ANEXO 6
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA – TERCER TRIMESTRE

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	06/03/2020	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Convexo	
Posición Fetal	SPP (Situación, Posición, Presentación)	Situación Longitudinal – Presentación Cefálica	Posición izquierda (LCI).
	LCF (Latido Cardíaco Fetal)	151 latidos por minuto	Ritmo regular.
Biometría Fetal	DBP (Diámetro Biparietal)	7.12 cm	
	HC (Circunferencia Cefálica)	26.28 cm	
	AC (Circunferencia Abdominal)	22.81 cm	
	LF (Longitud Femoral)	5.72 cm	
	Peso Fetal Estimado (PFE)	1,219 g	Percentil adecuado para la edad gestacional.
Anexos	Placenta	Corporal posterior, Grado II/III Grosor: 2.97 cm	Sin signos de desprendimiento ni inserciones anómalas.
	Líquido Amniótico (LA)	ILA: 8 cm	Rango normal bajo (Criterios ISUOG).
	Pozo Mayor	5.34 mm	
	Cordón Umbilical	2 arterias y 1 vena. No se evidencia circular de cordón.	
Conclusión	Edad Gestacional por BF	28 semanas y 4 días	
	PLACENTA	Conservada	
	LA	Volumen Conservado	
	PFE	Adecuado para EG	

Fuente: Historia Clínica

CENTRO MEDICO
"ECOMEDIC"

Ecografías, Rayos X, Laboratorio, Medicina Física
y Rehabilitación, Consultas por especialidad
Dirección: Calle Juan B. Arenas 102-A
frente al Hospital Essalud - Mollendo
Telf.: 054-784719 - Cel.: 95 9361965

ECOGRAFIA OBSTETRICA

06 / 03 / 2020

Al momento del examen se encuentra:

Feto único vivo.

Situación: longitudinal

Presentación: cefalica

Posición: izquierda

Morfología fetal, miembros superiores e inferiores, columna abdomen, conservados.

Evaluación biofísica:

Frecuencia cardíaca: 151 lpm. Tono fetal: Actitud tónica adecuada, con flexión y extensión de miembros

Movimientos corporales: Mas de 3 movimientos al examen.

Biometría fetal:

Diámetro Biparietal BPD: 7.12 cm.

Circunferencia Cefálica HC: 26.28 cm.

Longitud de Fémur FL: 5.72 cm.

Circunferencia Abdominal AC: 22.81 cm.

Ponderado Fetal Estimado: 1219 g. aprox.

Placenta:

Ubicación: corporal anterior, lateralizado a la izquierda, grannum: II / III, grosor: 2.97 cm.

Morfología: conservada, sin alteraciones de pared miometrial.

Ecoestructura: No se observa presencia de calcificaciones, ni zonas de desprendimiento.

Cordón umbilical: 2 arterias 1 vena.

Líquido amniótico: Anecogénico, homogéneo en cantidad adecuada, pozo máximo de 5.34 cm.

FPP: 25 de MAYO del 2020 +/- 07 días

CONCLUSIONES

1. FETO UNICO VIVO COMPATIBLE CON GESTACION DE 28 SEMANAS 4 DIAS +/- 07 DIAS
2. PONDERADO FETAL ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
3. VITALIDAD FETAL CONSERVADA
4. PLACENTA HOMOGENEA NORMOINSERTA
5. PRESENTACION CEFALICA

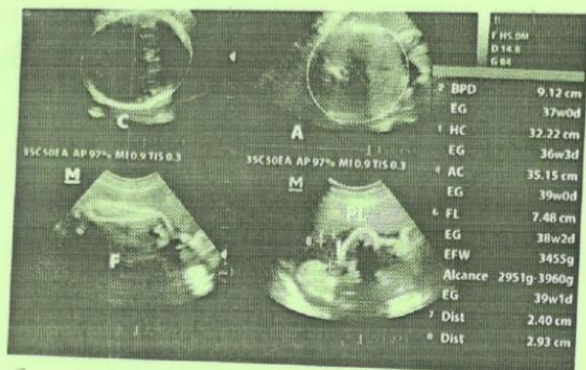
CONTROL ECOGRAFICO EN 30 DIAS

[Firma]
Gladys Meduado

TABLA 7
ECOGRAFÍA OBSTÉTRICA – TERCER TRIMESTRE

Sección	Parámetro	Resultado/Dato	Interpretación/Notas
Generales	Fecha	18/05/2020	
	Servicio	PARTICULAR	
	Transductor Utilizado	Convexo	
Posición Fetal	SPP (Situación, Posición, Presentación)	Situación Longitudinal – Presentación Cefálica	Posición derecha (LCD).
	LCF (Latido Cardíaco Fetal)	142 latidos por minuto	Ritmo regular.
Biometría Fetal	DBP (Diámetro Biparietal)	9.12 cm	
	HC (Circunferencia Cefálica)	32.22 cm	
	AC (Circunferencia Abdominal)	35.15 cm	
	LF (Longitud Femoral)	7.48 cm	
	Peso Fetal Estimado (PFE)	3455 g	Percentil adecuado para la edad gestacional.
Anexos	Placenta	Corporal posterior, Grado II/III Grosor: 2.97 cm	Sin signos de desprendimiento ni inserciones anómalas.
	Líquido Amniótico (LA)	ILA: 8 cm	Rango normal bajo (Criterios ISUOG).
	Pozo Mayor	5.34 mm	
	Cordón Umbilical	2 arterias y 1 vena. Se evidencia circular simple de cordón.	
Conclusión	Edad Gestacional por BF	37 semanas y 4 días	
	PLACENTA	Conservada	
	LA	Volumen Conservado	
	PFE	Adecuado para EG	

Fuente: Historia Clínica



EDIC

torio, Medicina Física
as por especialidad
B. Arenas 102-A
salud - Mollendo
Cel.: 95 9361965



18/ 05 / 2020

Al momento del examen se encuentra:

Feto único vivo.

Situación: longitudinal.

Posición: derecha

Presentación: cefálica

Sexo: masculino

Morfología fetal, miembros superiores e inferiores, columna abdomen, conservados.

Evaluación biofísica:

Frecuencia cardíaca: 142 lpm. Tono fetal: Actitud tónica adecuada, con flexión y extensión, de extremidades. Movimientos corporales presentes durante el examen.

Biometría fetal:

Diámetro biparietal BPD: 9.12 cm.

Circunferencia cefálica HC: 32.22 cm

Circunferencia Abdominal AC: 35.15 cm.

Longitud de fémur FL: 7.48 cm

Ponderado Fetal: 3455 gr. Aprox.

Placenta:

Ubicación: corporal posterior, lateralizada a la izquierda. grannum: III/ III, grosor: 2.40 cm.

Morfología: conservada, sin alteraciones de pared miometrial.

Ecoestructura: se observa presencia de calcificaciones a nivel de placa basal, no hay zonas de desprendimiento.

Cordón umbilical: 2 arterias 1 vena. Dando una vuelta alrededor del cuello

Líquido amniótico: Anecogénico, homogéneo, pozo máximo de 2.93 cm, en cantidad adecuada.

FPP: 04 de junio del 2020

CONCLUSIONES

1. FETO UNICO VIVO COMPATIBLE CON GESTACION DE 37 SEMANAS 4 DIAS +/- 07 DIAS
2. PONDERADO FETAL ADECUADO PARA EDAD GESTACIONAL
3. VITALIDAD FETAL CONSERVADA
4. PLACENTA NORMOINSERTA GRADO III
5. PRESENTACION CEFALICA.
6. CIRCULAR SIMPLE DE CORDON

Gladi...
Médico
MOLLANDO
19000